

В. Н. Бондарев

Профилактика желудочно-кишечных заболеваний у детей

НАУЧНО-ПОПУЛЯРНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ЛИТЕРАТУРА

В. Н. Бондарев

Профилактика желудочно-кишечных заболеваний у детей

Москва. «Медицина». 1978

Бондарев В. Н.

Б81 Профилактика желудочно-кишечных заболеваний у детей. М., «Медицина», 1978.

54 с. с ил. (Науч.-попул. мед. литература. Для матерей).

В брошюре рассказывается о наиболее часто встречающихся заболеваниях желудочно-кишечного тракта. Особое внимание уделяется причинам возникновения и мерам предупреждения этих заболеваний у детей.

Издание рассчитано на родителей.

Б $\frac{52400-259}{039(01)-78}$ 300—78 618Д

В нашей стране борьба за укрепление здоровья детей, снижение детской заболеваемости и смертности — одна из основных задач Коммунистической партии и Советского правительства. Забота о здоровье человека, гуманное отношение к нему органически присущи социалистическому общественному строю. «Среди социальных задач нет более важной, чем забота о здоровье советских людей»[1], — сказал Л. И. Брежнев на XXV съезде КПСС.

Успехи в области улучшения здоровья детей в СССР являются результатом не только работы органов здравоохранения, но и всего социалистического строительства, которое привело к улучшению труда и быта, оздоровлению населения, раскрепощению женщины, созданию ей благоприятных условий для воспитания детей, общему улучшению санитарного состояния сел и городов.

Наши достижения в этой области очень велики. С каждым годом число случаев детских инфекционных заболеваний прогрессивно уменьшается. Благодаря планомерному проведению прививок в Советском Союзе полностью ликвидирована натуральная оспа, до единичных случаев сведен полиомиелит, почти полностью ликвидирована дифтерия, резко снижена заболеваемость корью и коклюшем. Но еще и теперь нам приходится вести борьбу с инфекционными заболеваниями, протекающими с поражением желудочно-кишечного тракта, которые прежде были главной причиной смертности детей в раннем возрасте.

Эффективная борьба с этими болезнями — общая задача органов здравоохранения и родителей. Успех этой борьбы в большой степени зависит от активного участия в ней широких масс населения, от их сознательного отношения к профилактическим мероприятиям.

Для предупреждения возникновения инфекционных заболеваний надо знать пути их распространения. Больше

---

[1] Брежнев Л. И. Отчет Центрального Комитета КПСС и очередные задачи партии в области внутренней и внешней политики. — В кн.: Материалы XXV съезда КПСС. М., Госполитиздат, 1976, с. 41.

всего подвержены желудочно-кишечным заболеваниям дети раннего возраста.

В этой брошюре будет рассказано о желудочно-кишечных заболеваниях у детей и о мерах их профилактики.

ОСОБЕННОСТИ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА И ПИТАНИЕ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА

Основной особенностью организма ребенка являются его непрерывный рост и развитие. Интенсивность процессов развития, их динамика тем выше, чем моложе ребенок. Этим определяется высокая чувствительность организма маленького ребенка к любым неблагоприятным условиям внешней среды, объясняется своеобразие течения ряда заболеваний у детей.

Ребенок рождается с хорошо выраженным умением глотать, а через 8—12 ч после рождения он может сосать грудь матери. Однако полость рта ребенка очень мала. Выстилающая его слизистая оболочка нежная, богата кровеносными сосудами, но относительно сухая из-за небольшого количества слюны, выделяемой железами. Слюна имеет весьма большое значение: она не только смачивает и частично переваривает пищу, но и обезвреживает микробы, попадающие в рот.

Ротовая полость соединяется с желудком относительно коротким воронкообразной формы пищеводом. Вход в желудок у детей закрывается неполно и слабо, в результате чего легко возникают срыгивания, а выход, наоборот, имеет развитый мышечный жом, спазмы которого могут приводить к неполному опорожнению желудка, скоплению в нем пищи и возникновению рвоты. Характерной особенностью желудка в раннем возрасте является относительно большое содержание в нем воздуха — «газовый пузырь». Емкость желудка ребенка сравнительно невелика (на 10-м дне жизни около 80 мл, в год — 200—300 мл), и переполнение его легко вызывает срыгивание.

Длина и ширина просвета кишечника у каждого человека индивидуальны. Длина кишечника ребенка превышает длину тела в 6 раз, что обеспечивает хорошее всасывание пищи; последнее очень важно для маленького ребенка. Вместе с тем при малейших нарушениях питания пища нередко задерживается в разных частях кишечника, вызывая вздутие живота, боли, что у взрослых наблюдается сравнительно редко. Пониженная функция желудочно-кишечного

тракта требует особой осторожности при вскармливании детей, ибо всякого рода отклонения в количестве и качестве пищи легко приводят к расстройству пищеварения и питания, а большая проницаемость кишечной стенки и слабость печеночного барьера обусловливают легкость возникновения общего отравления организма (токсикоз). Поэтому необходимо кормить ребенка в одно и то же время, с интервалами, достаточными для полного переваривания пищи.

Пища проходит через желудочно-кишечный тракт благодаря постоянному своеобразному сокращению его стенок. К органам пищеварения относится и печень. Она обезвреживает ядовитые продукты, образующиеся при заболеваниях, снабжает протекающую через нее кровь многими необходимыми для организма питательными веществами, доставляемыми кровью клеткам организма, внутри которых происходит обмен веществ, т. е. клетка усваивает полученные из крови питательные вещества и отдает ей отработанные.

Обмен веществ у детей имеет свои особенности: около трети питательных веществ, поступающих с пищей, растущий организм ребенка тратит на построение своего тела. Особенно быстрый рост и увеличение массы наблюдаются на первом году жизни. Поэтому ребенок должен получать с пищей достаточное количество белков, жиров, углеводов, солей и витаминов.

К органам пищеварения ребенка предъявляются большие требования, связанные с непрерывным ростом и развитием организма. При малейшем нарушении правил вскармливания, использовании недоброкачественной пищи у детей очень легко развивается расстройство пищеварения, которое может протекать тяжело. Поэтому надо строго соблюдать режим питания и придерживаться всех санитарно-гигиенических правил ухода за ребенком. Пища, даваемая насильно или утомленному, больному ребенку, переваривается более продолжительное время. Также тормозит двигательную и секреторную функцию желудка перегревание ребенка.

Число испражнений у детей колеблется в зависимости от возраста, состава пищи и от их индивидуальных особенностей. В течение 2 суток у ребенка выделяется первородный кал (меконий) в виде клейкой, без запаха, оливкового цвета массы, который затем заменяется переходным калом (желто-зеленого цвета масса, содержащая слизь), наблюдаемым в течение 5—7 дней. У некоторых детей сразу после мекония начинает выделяться кал, свойственный ребенку при грудном вскармливании. Обычно он золотисто-желтого

2 Заказ 5710

цвета, мазеобразный, однородной консистенции, с кисловатым запахом свежего творога, кислой реакции. При питании смесями коровьего молока кал более плотный, щелочной реакции, цвет его или светло-желтый, глинистый, или серо-коричневый, запах неприятный. Однако в некоторых случаях цвет и консистенция отдельных порций стула могут меняться: в кале нередко обнаруживаются беловатые комочки, примесь зелени и даже небольшое количество слизи. Это должно настораживать родителей, хотя еще не требует вмешательства, если не сопровождается изменением общего состояния ребенка.

Чтобы понять причины частых заболеваний маленьких детей, следует рассмотреть еще одну особенность организма ребенка, а именно неспособность его сохранять и регулировать в достаточной мере температуру тела. В этом отношении маленький ребенок резко отличается от взрослых. Так, например, если взрослого человека поместить в жарко натопленную комнату с температурой воздуха 30—35°С и через некоторое время измерить температуру его тела, то она окажется нормальной. У маленького ребенка при таких же условиях температура тела вместо обычных 36,5—37°С вскоре окажется повышенной. Повышение температуры при перегревании у маленького ребенка нередко наблюдается в связи с тем, что мать, боясь «простудить» ребенка, старается получше закутать его и жарче натопить комнату. Закутывание ребенка в теплое одеяло может повысить температуру тела на 1—1,5°С. Такое перегревание может привести к заболеванию, в том числе к расстройствам со стороны желудочно-кишечного тракта в виде поноса.

Большое значение в возникновении и течении различных болезней, в частности желудочно-кишечных, имеет недостаточная способность детского организма к выработке защитных сил из-за недоразвития его органов и систем, особенно нервной системы. У маленьких детей гораздо чаще, чем у детей старшего возраста, возникают заболевания и протекают они более тяжело.

Существуют и другие особенности, отличающие организм ребенка от организма взрослого. У маленького ребенка при любом заболевании, даже не очень тяжелом (незначительный насморк, воспаление уха, молочница в полости рта, опрелость кожи и др.), может появиться понос.

Если не знать особенностей организма ребенка и в соответствии с ними не организовать правильный уход за малышом, то можно причинить ему большой вред.

С каждым днем ребенок развивается и крепнет. В отличие от взрослого он нуждается в поступлении питательных веществ не только для восстановления энергетического баланса, но и для роста. Особенно интенсивно ребенок развивается на первом году жизни. Его масса за год увеличивается в 3 раза, а рост — в $1^1/_2$ раза. В связи с этим объем питания, получаемого ребенком, достигает $^1/_7$—$^1/_{10}$ его массы в сутки. Важное значение имеют правильный подбор основных ингредиентов пищи и их определенные соотношения. У детей первых месяцев жизни количество жиров должно превышать количество белков в 3 раза, а количество углеводов должно быть в 2 раза больше, чем жиров. Что касается детей в возрасте старше года, то эти пропорции меняются: при одинаковых количествах белков и жиров количество углеводов в суточном рационе должно быть в 4 раза больше. Такие соотношения пищевых веществ обеспечивают наиболее полное переваривание и всасывание пищи в кишечнике.

Вследствие повышенного обмена веществ организм ребенка особенно нуждается в витаминах, однако их употребление следует согласовывать с врачом.

Для нормальной деятельности всех органов и тканей человека, особенно ребенка, определенное значение имеет поступление в организм достаточного количества воды и минеральных солей. Так, например, нарушение в соотношениях натрия, калия, кальция может привести к тяжелым изменениям в деятельности мышечных и нервных клеток.

Потребность ребенка в поваренной соли ниже, чем у взрослого. Избыточное введение поваренной соли ведет к задержке ее, а вместе с ней и воды в тканях. Как правило, потребности грудного ребенка в поваренной соли покрываются за счет ее содержания в молоке. Надо отметить, что несколько возрастает потребность в ней в летнее время года, при усиленном потении. Нужное количество солей обеспечивается за счет каш, овощных пюре, овощных отваров, в которые добавляют поваренную соль из расчета 4 г на 1 л продукции.

У маленького ребенка нет зубов или их мало, недостаточно выделяется слюны, а потому пища должна быть предварительно очень хорошо размельчена и разведена до жидкого или полужидкого состояния.

В возрасте 1 мес объем одной дозы кормления может быть равен 100—130 мл; к 2—3 мес — 110—140 мл; к 4—6 мес — 130—150 мл, а к году — 180—250 мл. Общий объем

пищи, потребляемой ребенком 6—12 мес, составляет 850—1000 мл в сутки. Детей, у которых срыгивание зависит от заглатывания воздуха, рекомендуется после кормления несколько минут подержать вертикально. При искусственном вскармливании соска должна быть с маленьким отверстием.

Рациональной пищей для ребенка первых месяцев жизни является грудное молоко: белки, жиры, углеводы и витамины в нем находятся в наиболее оптимальных соотношениях. Белки женского молока содержат все жизненно необходимые аминокислоты, хорошо доступны воздействию желудочного сока, чем объясняется более легкое их переваривание и всасывание по сравнению с белками молока коров, коз и лошадей. Белки идут на построение клеток и потому они так необходимы быстро растущему организму.

В жире женского молока содержится много жидких жирных кислот, которые не раздражают оболочки желудка и кишечника, легко расщепляются и всасываются. В состав углеводов женского молока входит молочный сахар, стимулирующий развитие нормальной микробной флоры кишечника детей первых месяцев жизни.

В молоке, которое ребенок получает из груди матери, содержится оптимальное количество минеральных солей, необходимых для нормальной деятельности клеток всех органов и для построения костей. В женском молоке нет болезнетворных микробов, оно стерильно. Кроме того, в нем содержатся защитные вещества, предохраняющие от многих инфекций, в том числе и от желудочно-кишечных заболеваний.

Перечисленные положительные качества и преимущества женского молока значительно снижаются при применении донорского молока: в процессе стерилизации и хранения его состав меняется, стерильность нарушается, активность витаминов и ферментов падает. В связи с этим оно не имеет больших преимуществ перед коровьим молоком, особенно перед специально приготовленной молочной смесью «Малютка». Объективным доказательством того, что ребенок получает достаточно питания, является хорошая прибавка массы, достигающая у детей первых месяцев жизни около 600 г и более в месяц.

Коровье молоко переваривается значительно хуже, так как в нем находится в 3 раза больше белков, чем в женском молоке. В нем нет ферментов, расщепляющих белок и жир, меньше витаминов, которые легко разрушаются при кипячении. Коровье молоко в желудке ребенка свертывается

крупными хлопьями. Оно не содержит в себе защитных веществ. Ребенок получает это молоко из бутылки, и при неправильном хранении в него могут попасть болезнетворные микробы, способные вызвать заболевание. Поэтому при вскармливании коровьим (козьим) молоком ребенка микробы легче попадают в его организм, чем при кормлении грудью. Вот почему лучшей пищей для ребенка раннего возраста является грудное молоко.

Однако и при вскармливании ребенка грудным молоком у него может развиться желудочно-кишечное заболевание. Причина его в таком случае кроется не в качестве получаемой пищи, а в количестве ее. Желудок маленького ребенка, как мы уже говорили, имеет малые размеры, и, если кормить ребенка не вовремя, пища, поступающая в желудок, плохо обрабатывается пищеварительными соками, происходит перемешивание уже начавшей перевариваться пищи с вновь поступающей. Движение пищевого комка по кишечнику замедляется. В плохо переваренной пище образуются ядовитые вещества, которые, всасываясь в кровь, приводят к отравлению организма, к возникновению поноса. В большинстве случаев это происходит тогда, когда мать прикладывает ребенка к груди при каждом его крике.

Желудочно-кишечное заболевание может развиться и при правильном вскармливании. Это наступает тогда, когда в кишечник ребенка проникают болезнетворные микробы. Они могут попасть в пищу при негигиенической ее обработке и неправильном хранении.

Лучше приучить маленького ребенка получать пищу с ложки, а не через соску, так как соску очень трудно сохранять в достаточной чистоте. Кроме того, дети, приученные к соске, хуже берут грудь, в связи с чем у матери может уменьшиться количество молока.

Определенное преимущество имеют «кислые» молочные смеси — кефир, ацидофилин, мацони. Белок молока в этих смесях лучше переваривается, кислая реакция смесей способствует повышению секреции пищеварительных соков.

Грудное молоко, молочные смеси — это пища ребенка. Кроме этого, надо не забывать давать ему еще и питье в виде кипяченой воды, чая с добавлением сахарного сиропа (1 чайная ложка на 100 мл воды), лимонного сока (8—10 капель). Общее количество воды зависит от температуры окружающего воздуха. При температуре воздуха 19—22°С ребенок первых месяцев жизни выпивает не более



50—100 мл жидкости в сутки. При потении, высокой температуре окружающего воздуха потребность в воде возрастает и достигает в сутки 100—200 мл и более.

Дополнительное введение овощных и фруктовых соков, содержащих витамины и минеральные вещества, в частности железо, целесообразно начинать здоровому ребенку с 1—2-го месяца жизни. Соки — морковный, лимонный, черной смородины — начинают давать с 3—5 капель и постепенно в течение 2—4 нед увеличивают до 30—50 мл детям 2—6 мес и до 60—80 мл детям до года. Лимонный сок хорошо назначать детям с плохим аппетитом в небольшом объеме воды (5—10 мл) за 10—15 мин до еды 2—3 раза в сутки. Если у ребенка стул учащен, испражнения жидкие, то морковный сок давать не следует. Сок клубники, а особенно земляники, лучше не давать, так как эти ягоды плохо промываются и, кроме того, у многих детей возникают кожные высыпания аллергической природы.

С $3\frac{1}{2}$—4 мес ребенку дают вначале через день, а затем ежедневно желток куриного яйца.

С 5—$5\frac{1}{2}$ мес жизни ребенок нуждается в введении дополнительного прикорма даже при большом количестве материнского молока. Главными видами прикорма являются творог, овощи, фрукты, крупяные изделия. С 7 мес добавляют мясной бульон, протертое мясное суфле.

Введение новых видов прикорма проводится постепенно: начиная с 6—12 г в течение 5—7 дней увеличивают объем и полностью заменяют одно кормление грудью или молочными смесями. Новые виды пищи дают при условии, если у ребенка нет признаков каких-либо заболеваний.

Если ребенок беспокоен, жадно и долго сосет грудь, не выдерживает промежутков между кормлениями, редко и мало мочится и недостаточно прибавляет в массе, необходимо уже в первые месяцы жизни ввести докорм, предварительно посоветовавшись с врачом. Перед введением докорма проводят в разное время дня 2—3 контрольных взвешивания, чтобы определить, сколько ребенок высасывает молока из груди. Докорм надо давать с ложечки, а не через соску, после кормления грудью, иначе ребенок быстро привыкнет к легкому сосанию и будет отказываться от груди, что вызовет еще большее уменьшение молока у матери.

Для активной работы (достаточной секреции и хорошей моторной деятельности) желудочно-кишечный тракт, как и другие органы, должен иметь отдых, что достигается ночным перерывом в кормлениях. У детей первого полугодия жизни этот перерыв составляет 6 ч с постепенным его увеличением к году до 8 ч.

Большое значение имеет окружающая обстановка при кормлении. Детей в это время не следует отвлекать игрушками и музыкой, чтением книжек. Как правило, ребенок лучше ест в обществе других детей. Отрицательное влияние на его аппетит оказывает насильственное кормление, желание «дать ребенку побольше».

Ребенку нужно выделить определенное место за столом и отдельную посуду. Пища должна быть свежеприготовленной, разнообразной. Кормить детей надо строго в одно и то же время. При этом к моменту приема пищи в желудке уже начинает выделяться желудочный сок (запальный сок). Освобождение желудка от принятой пищи происходит постепенно в течение 2—3$^1/_2$ ч.

При искусственном вскармливании молочными смесями промежутки между кормлениями должны соблюдаться особенно четко, так как коровье молоко содержит больше, чем женское, белков и жиров и переваривается медленнее. При таком вскармливании промежутки между кормлениями увеличивают до 3$^1/_2$—4 ч.

У детей до 1$^1/_2$ лет лучше сохранить 5 кормлений: 2 завтрака, обед, полдник и ужин. Для здоровых детей более старшего возраста достаточно 4-разового питания.

Количество молока, потребляемого детьми в возрасте от 1 года до 1½ лет, снижается до 600—700 мл, а у детей более старшего возраста — до 500 мл. Потребность в белках покрывается за счет добавления в рацион мяса, рыбы, яиц. Ниже приводим примерный суточный набор продуктов, применяемых для питания детей разных возрастных групп.

Примерный суточный набор продуктов, применяемых для питания детей разных возрастных групп

Наименование продукта	Количество продуктов (в граммах) для детей			
	1—3 лет	4—6 лет	7—11 лет	12—14 лет
Хлеб пшеничный	40—70	100—125	150	200
Хлеб ржаной	10—30	30—50	75	125
Картофель	100—150	200	300	400
Овощи	100—150	200	300	400
Фрукты свежие	100	200	300	400
Сахар	60	60	60	60
Соль	3—5	6—8	10	10
Масло растительное	2	5	8	10
Мясо	55—60	75—95	120	175
Рыба	5—10	20—50	50	75
Яйцо (штук)	¼—½	½	1	1
Масло сливочное	15—18	25—30	40	50
Молоко	700	600	500	500

ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА У РЕБЕНКА

Как уже говорилось выше, малейшее нарушение режима вскармливания может привести к учащению стула (поносу). Наиболее частыми причинами возникновения расстройства пищеварения у детей раннего возраста, выражающегося в учащении стула, являются изменения состава пищи, а также перекорм ребенка, избыточное введение жиров, углеводов или белков, быстрый переход с естественного на искусственное вскармливание. Небрежное приготовление пищи может быть причиной, вызывающей понос у детей. Необходимо всегда использовать только свежие, доброкачественные продукты и тщательно следить за чистотой рук и посуды при приготовлении блюд.

Моментами, предрасполагающими к возникновению желудочно-кишечных заболеваний у детей, являются рахит и экссудативный диатез, которые снижают защитные силы

организма. К этому следует добавить, что кишечные расстройства у детей, страдающих рахитом и экссудативным диатезом, продолжаются дольше и протекают тяжелее. Исходя из сказанного, каждая мать должна вовремя обратиться к врачу-педиатру за получением совета по профилактике рахита и экссудативного диатеза, а если заболевание все же разовьется, то и лечению.

Из острых желудочно-кишечных заболеваний у детей раннего возраста наиболее часто возникают диспепсия и кишечные инфекции (дизентерия, коли-инфекция). Кроме того, в последние годы установлено, что кишечные расстройства могут быть обусловлены сальмонеллами, стафилококковой инфекцией и вирусами (энтеровирусы, или кишечные вирусы).

Родителям надо знать причины желудочно-кишечных заболеваний детей, чтобы уметь предупреждать их.

ДИСПЕПСИЯ

Диспепсия — заболевание детей первого года жизни, в основном до 8—9 мес. В этом возрасте ребенок интенсивно растет и развивается, в связи с этим он получает относительно большое количество пищи — $^1/_5$—$^1/_6$ часть своей массы тела в сутки. Это обусловливает высокую напряженность работы пищеварительного тракта. Следовательно, алиментарные факторы играют большую роль в возникновении диспепсии у детей этого возраста.

При грудном вскармливании диспепсия развивается значительно реже, чем при смешанном и искусственном. Мы уже отмечали, что пищеварительный тракт у детей имеет свои особенности. Пищеварительные соки, которые вырабатываются органами пищеварения грудного ребенка, вначале приспособлены для переваривания женского и разведенного коровьего молока; способность переваривать другую пищу появляется у ребенка позднее и постепенно.

Женское молоко для вскармливания ребенка в первом полугодии жизни — наилучший продукт. Оно содержит все необходимые питательные вещества: белки, жиры, углеводы, соли и витамины в нужном для детского организма количестве и соотношении. Когда ребенку с 5-месячного возраста дают прикорм, новые блюда (овощные пюре, а затем супы, мясо) вводят постепенно и в небольших количествах. Беспорядочное кормление при каждом крике ребенка днем и ночью, ранний и неправильный прикорм, отнятие от груди

3 Заказ 5710

летом, нарушения в режиме питания — все это способствует возникновению диспепсии.

Вредное влияние оказывает перекармливание, особенно пищей, богатой углеводами. При этом в кишечнике происходит брожение углеводов под влиянием бактерий, уменьшается отделение кишечного сока, в результате чего скопляются газы, отмечается вздутие живота; одновременно усиливается перистальтика и появляется срыгивание, стул учащается. Ребенок перестает прибавлять в массе.

Расстройство пищеварения, связанное с изменением объема и кратности принятой пищи или с грубым нарушением ее состава, называется *простой диспепсией.*

Основные признаки простой диспепсии возникают постепенно. Ребенок плохо спит, становится вялым, затем беспокойным, внезапно вскрикивает от болей в животе, вызванных скоплением газов в кишечнике. Появляется учащенный жидкий стул, срыгивание и рвота. Срыгивание наступает сразу или через 10—20 мин после кормления. Рвота чаще всего однократная. Аппетит понижен. Стул учащается до 5—10 раз в сутки. Кал жидкий, желто-зеленого цвета, с небольшим количеством слизи и белыми комочками. Испражнения по виду напоминают вареные рубленые яйца. Язык обложен. Живот вздут, отмечается частое выделение газов с неприятным запахом. После отхождения газов и опорожнения кишечника ребенок успокаивается, улыбается, интересуется игрушками.

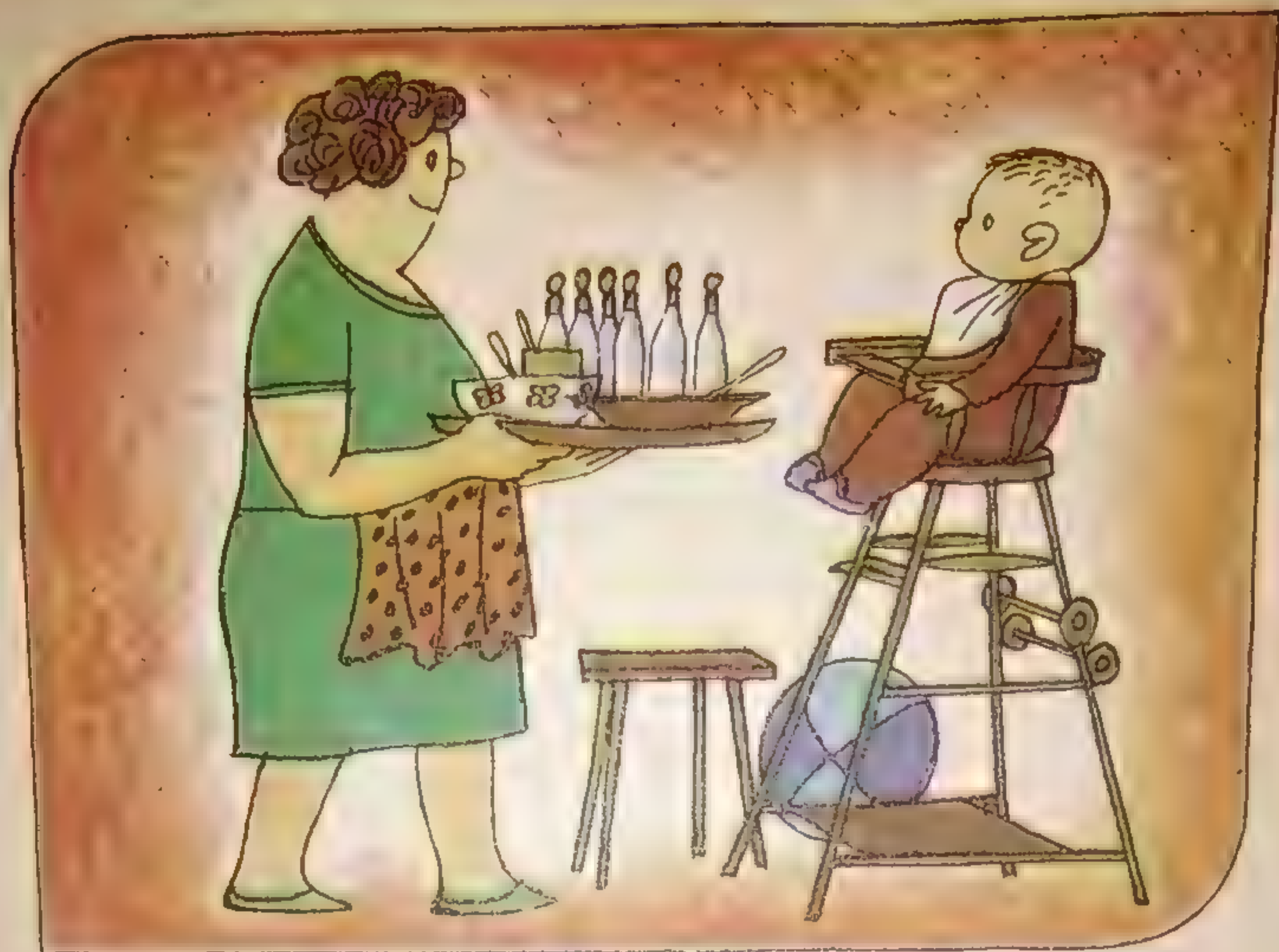
Температура при простой диспепсии чаще нормальная, изредка может быть повышена до 37,2—37,5°С. Масса ребенка уменьшается. При раннем обращении к врачу и своевременно начатом лечении ребенок быстро выздоравливает.

Диспепсия может легко возникнуть при различных инфекционных заболеваниях (воспаление среднего уха, воспаление легких, почек, грипп и др.). При выздоровлении ребенка от основного заболевания обычно прекращается и понос.

Определить причину заболевания и назначить рациональное лечение может только врач, причем лучше в условиях больницы, а не дома.

Как поступить, если ребенок заболел диспепсией?

Прежде всего надо как можно быстрее вызвать врача. До его прихода следует пропустить одно или два кормления, а затем давать грудь, кефир или молочные смеси в объеме, уменьшенном в 2 раза по сравнению с обычным. Прикорм в первые дни заболевания давать не нужно.



В период разгрузки в питании (водно-чайная диета) надо поить ребенка чаще, но понемногу, кипяченой водой, чаем. За сутки ребенок должен получить жидкости не менее 120—150 мл на 1 кг массы тела. Такое кормление продолжают до тех пор, пока врач не осмотрит ребенка.

При неправильном лечении и уходе, перегревании, особенно летом, простая диспепсия может перейти в токсическую.

Токсическая диспепсия — это болезнь не только желудка и кишечника. Всосавшиеся через стенки кишечника вредные вещества отравляют весь организм и вызывают ряд общих нарушений: у ребенка нередко появляется температура, он становится вялым, бледным, постепенно перестает брать грудь, учащается рвота, вначале большими количествами, затем более скудная, с примесью желчи, а в самых тяжелых случаях — в виде «кофейной гущи» вследствие примеси крови. Стул частый (10—20 раз в сутки), жидкий, водянистый. Теряя много воды со рвотой и испражнениями, ребенок быстро худеет. Кожа его становится бледно-серой, собирается в складки, губы делаются сухими, язык обложен, сух. Живот вздут вследствие большого количества газов. Иногда усилена перистальтика. Глаза вваливаются, родничок западает, масса ребенка быстро падает. Губы и ногти становятся синюшными, ноги и руки — холодными.

Мочи выделяется мало, сердечная деятельность ослабевает. Дыхание становится неровным, учащенным. Наблюдается общая вялость, сонливость, ребенок плохо реагирует на окружающее, по временам пронзительно вскрикивает, лежит почти без движения с бледным маскообразным лицом и неподвижным, как бы невидящим, устремленным вдаль взглядом. Могут наблюдаться судороги.

Хотя простая и токсическая диспепсии вызываются одними и теми же факторами — погрешностями в питании — и являются функциональными заболеваниями, между ними имеется существенная разница. При простой диспепсии общее состояние изменяется относительно мало, при токсической в процесс вовлекается весь организм, страдает центральная нервная система, нарушается обмен веществ, развивается «катастрофа обмена».

Во время заболевания простой и токсической диспепсией могут возникнуть различные осложнения, которые протекают обычно тяжело, длительно и еще больше ослабляют организм ребенка. Это чаще всего воспаления среднего уха, легких.

Лечение таких больных в домашних условиях невозможно и их следует немедленно доставлять в больницу. Только своевременное лечение будет способствовать выздоровлению.

Следует отметить, что у ребенка, переболевшего токсической или даже простой диспепсией, надолго остается пониженная выносливость ко всем видам пищи и пониженная сопротивляемость другим заболеваниям. Такого ребенка долгое время нельзя считать совсем здоровым, необходимо очень внимательно следить, как он прибавляет в массе, как развивается. Малейшее нарушение режима, которое раньше ребенок мог хорошо переносить, теперь может оказаться для него особо вредным и вновь вызвать понос.

Диспепсия может развиться в любое время года, но летом, под влиянием жары, которую дети переносят плохо, при большей возможности загрязнения пищи она встречается чаще. Поэтому нередко говорят о «летних детских поносах». Это название не совсем правильное, так как поносы у детей наблюдаются и зимой. Однако в жаркое время года следует быть особенно осторожным в отношении питания грудных детей.

Итак, причинами, вызывающими диспепсию, являются прежде всего погрешности в питании: перекорм ребенка, перевод его сразу с грудного вскармливания на другую

пищу, кормление неподходящей для его возраста пищей. Большую роль играют и нарушения режима кормления (несоблюдение часов кормления), плохой уход и неудовлетворительные гигиенические условия.

Все сказанное выше о причинах, вызывающих желудочно-кишечные расстройства, относится главным образом к детям раннего возраста. У детей старшего возраста тоже могут быть острые расстройства пищеварения. Чаще всего это связано с погрешностями в питании: прием пищи в большем количестве, чем это нужно ребенку, неправильный подбор пищевых продуктов (например, прием молока с огурцами) и, наконец, недоброкачественная пища.

В большинстве случаев это заболевание, которое носит название острого гастрита или гастроэнтерита, протекает нетяжело и сопровождается болями в животе, иногда рвотой и жидкими испражнениями. При этом нередко может повыситься температура. Обычно за 1—2 дня эти явления проходят. Отмечаются также ухудшение аппетита, отрыжка, тошнота. Дети становятся капризными, раздражительными, плохо спят.

КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ

К группе желудочно-кишечных заболеваний относятся так называемые кишечные инфекции — заболевания, которые возникают в результате заражения организма болезнетворными микробами: дизентерийной, брюшнотифозной, паратифозной, кишечной палочкой, сальмонеллами, вирусами и др.

У новорожденного ребенка пищеварительный тракт стерилен до первого кормления. На 2—3-й день он начинает заселяться микрофлорой. В полости рта появляются стафилококки, стрептококки и другие микробы и дрожжеподобные грибки. Первые порции мекония обычно стерильны; на 3—4-й день, а иногда и раньше, в зависимости от тщательности ухода и окружающей обстановки, в меконии появляются микробы. В нормальном стуле ребенка при грудном вскармливании имеется почти чистая культура кишечной палочки (Bac. Coli), при искусственном и смешанном, помимо этого, обнаруживаются энтерококк, ацидофильная палочка и др. Обычно «нормальная» микробная флора принимает участие в процессах разложения пищи на элементы, которые лучше всасываются, в выработке витаминов группы В, столь необходимых для правильного

функционирования всех клеток развивающегося организма.

Формирование каловых масс в толстом кишечнике происходит при участии этих микробов. У здорового ребенка, находящегося на грудном вскармливании, стул бывает 2—4 раза в сутки, а при вскармливании коровьим молоком — 1—2 раза. Испражнения имеют однородную мазевидную консистенцию, золотисто-желтую окраску, кисловатый запах. У детей старше года испражнения становятся более густыми, чаще оформленными, имеют более темную окраску и нерезкий гнилостный запах.

Исследования показали, что микробы — постоянные обитатели кишечника здорового человека — обладают еще одним ценным свойством: они играют роль своеобразных защитников, не допуская заселения кишечника болезнетворными микробами, обусловливающими кишечные заболевания.

Расстройства в выделении пищеварительных соков и сократительной деятельности кишечника под влиянием любого заболевания, а также прием различных лекарственных препаратов приводят к изменению состава микробной флоры кишечника и к нарушению тем самым одного из естественных барьеров организма. В этом заключается одна из причин более легкого возникновения и тяжелого течения кишечных заболеваний у часто и длительно болеющих детей.

Помимо сказанного, существуют и другие барьеры на пути проникновения болезнетворных микробов в организм человека.

Желудочный сок с нормальной кислотностью является одним из таких барьеров. Слюна человека содержит вещество, называемое лизоцимом, вызывающее разрушение многих болезнетворных микробов. Важную роль в защите человека играет способность белых клеток крови (лейкоцитов) к захвату и перевариванию микробов и продуктов их распада. Этот процесс называется фагоцитозом.

Организм ребенка почти с рождения в ответ на внедрение микробов обладает способностью изменять обмен веществ в нужную для него сторону, усиливать работу сердца, повышать артериальное давление, учащать дыхание и тем самым увеличивать насыщение крови кислородом.

Многие из защитных реакций организма стереотипные, неспецифические, а потому закаливание организма, спорт способствуют тренировке ряда защитных систем организма и его укреплению в борьбе с различными болезнями.



Остановимся на наиболее распространенных желудочно-кишечных заболеваниях, вызываемых попаданием в организм через рот различных болезнетворных микробов: дизентерии, коли-инфекции (колиэнтерит), сальмонеллезе и др.

Источником заражения является больной человек, бактерионоситель или животное. Микробы попадают в пищеварительный тракт с загрязненной пищей, с предметов ухода, с сосок, бутылок, загрязненного белья, грязных рук.

Переносчиками микробов могут быть и мухи.

Характерными признаками этих кишечных инфекций являются повышение температуры, рвота (особенно у маленьких детей), частый жидкий стул, боли в животе, снижение аппетита, в тяжелых случаях — резкая вялость, потеря сознания, судороги.

Тяжесть болезни в известной степени зависит от состояния здоровья ребенка до заболевания и от свойств микробов. Большую роль играют условия жизни, уход за ребенком, характер вскармливания. Наиболее тяжело болеют дети первого полугодия жизни, находящиеся на искусственном вскармливании, истощенные, страдающие рахитом, нарушением обмена веществ (экссудативным диатезом).

По начальным признакам эти заразные болезни довольно сходны. Правильный диагноз помогают поставить специальные лабораторные исследования испражнений и крови, которые проводятся по назначению врача.

Детей, страдающих поносами, всегда нужно считать заразными больными, не допускать общения их со здоровыми детьми. Если ребенок посещает ясли, детский сад, то при появлении поноса его надо оставить дома и вызвать врача.

Большую опасность для окружающих представляют больные с легкой и стертой формой заболевания. В таких случаях некоторые родители не придают серьезного значения заболеванию ребенка и не обращаются к врачу, а «лечат» его сами. При этом не учитывают, что, например, применение антибиотиков и других лекарственных препаратов в неправильной дозировке может нанести большой вред здоровью ребенка. При современных методах лечения в условиях больницы кишечные инфекции у детей обычно имеют благополучный исход.

КОЛИ-ИНФЕКЦИЯ, ИЛИ КОЛИЭНТЕРИТ

Как уже отмечалось, в толстом кишечнике детей и взрослых постоянно обитают и размножаются микроорганизмы, названные кишечными палочками. Они не оказывают отрицательного влияния на организм человека и даже принимают участие в процессах пищеварения. В кишечнике они вместе с другими бактериями образуют нормальную микрофлору. Однако некоторые кишечные палочки (определенные их типы) являются болезнетворными для человека и животных и вызывают острые кишечные заболевания, которые называются коли-инфекцией, или колиэнтеритом.

Первая особенность данной инфекции состоит в том, что ею болеют в основном дети грудного возраста, особенно в первые недели и месяцы жизни, находящиеся на искусственном вскармливании, ослабленные, страдающие гипотрофией и рахитом, недоношенные. Предрасполагающими факторами служат другие заболевания, перенесенные ребенком, перегревание. Чем меньше ребенок, тем тяжелее и длительнее протекает заболевание.

Коли-инфекция весьма заразна. Причина этого прежде всего в том, что заболевший выделяет болезнетворные микробы с калом в огромном количестве, происходит широкое обсеменение окружающей ребенка внешней среды. Вторая

причина распространения этой инфекции заключается в большой устойчивости возбудителя.

Основной путь передачи микробов — контактный. Это происходит потому, что дети раннего возраста ползают по полу и манежу, берут в рот игрушки. Заражение ребенка может произойти через загрязненные руки матери и обслуживающего персонала детских учреждений, через загрязненные игрушки. Возможно распространение коли-инфекции и воздушно-капельным путем.

При проведении различных манипуляций по уходу за больным ребенком (пеленание, купание, кормление) концентрация кишечных бактерий в воздухе комнаты увеличивается. Из воздуха бактерии попадают в пыль и оседают в щелях пола, плинтусах. Отсюда кишечные палочки захватываются обувью или уборочными щетками, переносятся в другие помещения. В тени при комнатной температуре кишечные палочки могут сохраняться более года.

Второй путь заражения — пищевой. Установлено, что кишечные палочки, попавшие в молоко и на молочные продукты, могут оставаться жизнеспособными в течение 6—8 дней. Употребление в пищу такого молока в некипяченом виде вызывает заболевание не только у детей, но и у взрослых. Вода является нередкой причиной в передаче возбудителей коли-инфекции.

Рассмотрение материалов о факторах передачи коли-инфекции дает основание заключить, что основной источник распространения ее — грязные руки. Определенное значение имеют воздух и пыль.

Характерно для этой инфекции также разнообразие ее проявлений, даже при одновременном заражении детей. Ведущее значение для течения болезни имеют состояние защитных сил организма ребенка, возраст, характер вскармливания, условия инфицирования.

С давнего времени известно, что грудное вскармливание способствует физиологически полноценному развитию ребенка, его устойчивости ко многим инфекционным заболеваниям, в том числе к кишечным и респираторным. Грудное вскармливание предупреждает и возникновение колиэнтерита.

Инкубационный период при коли-инфекции длится 3—6 дней. Начало заболевания острое. Температура повышается до 38—39,5°С, появляется рвота, иногда многократная, у ребенка снижается масса тела, усиливаются явления токсикоза (отравления) и обезвоживания, кожа становится сухой,

4 Заказ 5710

легко собирается в складки, слизистые оболочки сухие, «западает» большой родничок, холодеют конечности. Ребенок бледен, стул частый, до 10—15 раз в сутки, испражнения водянистые, ярко-желтого цвета, со слизью, имеют резко гнилостный запах. При тяжелой форме коли-инфекции имеются нарушения со стороны нервной системы: ребенок делается вялым, у него наблюдаются расстройства сна, потеря сознания, иногда судороги. При первых признаках нарастания тяжести состояния необходимо ребенка положить в больницу для проведения срочной терапии.

По клинической картине легкая форма коли-инфекции напоминает простую диспепсию, длится 3—7 дней.

Для установления диагноза решающим является обнаружение в испражнениях больных кишечной палочки, а также оценка иммунологических сдвигов в крови у детей при клинически выраженной или бессимптомной форме заболевания.

Как протекает тяжелая форма коли-инфекции и что способствует этому, можно видеть из следующих примеров.

Коля Б., 5 мес, родился недоношенным, с массой 2050 г. С $1^1/_2$ мес находился на искусственном вскармливании. С 3 мес начал питаться цельным коровьим молоком. Заболел остро: появились рвота и частый, жидкий, водянистый стул. Температура повысилась до 38,7°С. Состояние ухудшилось, несмотря на проводимое лечение на дому, и на 5-й день от начала заболевания ребенка направили в больницу. В больнице у Коли были выражены явления токсикоза и обезвоживания. Рвота продолжалась, стул был до 13 раз в сутки, водянистый. При бактериологическом исследовании в испражнениях обнаружили кишечную палочку. После проведенного комплексного лечения мальчик поправился и вскоре был выписан домой в удовлетворительном состоянии.

Витя К., 6 мес, был крепким, здоровым ребенком. Вскармливался грудью матери, а с 5 мес получал докорм в виде манной каши и киселя. Кормление проводилось по часам. Заболел остро: температура повысилась до 38,2°С; появилось вздутие живота, стал беспокойным, отказывался есть. Испражнения жидкие, обильные, смачивают пеленку, со значительной примесью слизи. На 4-й день болезни мать вызвала врача. Было назначено рациональное лечение, и через 8 дней ребенок поправился.

При лабораторном исследовании из испражнений ребенка была выделена болезнетворная кишечная палочка. Через 3 дня в той же квартире заболела девочка $4^1/_2$ мес. Она с месячного возраста находилась на смешанном вскармливании. Мать нарушала режим кормления, почти не гуляла с ней. Девочка недостаточно прибавляла в массе, дважды болела катаром верхних дыхательных путей. Настоящее заболевание началось с подъема температуры до 38,5°С, резкого беспокойства, отказа от еды, появления упорной рвоты до 3—4 раз в сутки и частого водянистого стула. Заболевание длилось свыше 3 нед, протекало тяжело, сопровождалось воспалением среднего уха. Только интенсивное лечение в больнице привело к выздоровлению.

В чем же причина заболеваний и столь разнообразного течения коли-инфекции у двух детей в одной семье? Причиной заболевания первого ребенка могло быть загрязненное кишечной палочкой молоко. Мать отметила, что приготовленная для кормления бутылочка с молоком стояла открытой на окне. Мухи, залетевшие в окно и ползавшие по бутылочке, могли занести на своих лапках возбудителей колиэнтерита. Заболевание в этом случае протекало легко, но в первые дни необходимые профилактические мероприятия по изоляции больного проведены не были. Это привело к тому, что заразился второй ребенок в соседней комнате. Этот ребенок был ослаблен предшествующими заболеваниями, неправильно вскармливался, в силу чего коли-инфекция протекала тяжело и длительно.

Таким образом, для лечения колиэнтерита огромное значение имеет исходное состояние больного. Течение заболевания утяжеляется, сопровождается осложнениями и приобретает затяжную форму у детей при неправильном вскармливании, часто болеющих, страдающих рахитом и экссудативным диатезом.

У детей раннего возраста колиэнтерит при поздно начатом лечении может принять затяжное течение. Это также относится к детям с сопутствующими заболеваниями, с нарушением питания. У таких детей понос, то затихая, то вновь усиливаясь, может продолжаться месяцами. Дети совсем перестают прибавлять в массе или увеличение массы тела у них идет очень неравномерно, чередуясь с периодами снижения.

ДИЗЕНТЕРИЯ

По данным многих ученых, на долю дизентерии приходится около 60% всех желудочно-кишечных заболеваний. Она возникает только тогда, когда дизентерийные палочки — возбудители этой болезни — попадают в рот, а затем в желудок и кишечник. Дизентерией болеют люди в любом возрасте, в том числе и новорожденные дети.

Дизентерийные палочки после размножения в кишечнике выделяются с испражнениями. Особенно длительно они сохраняются на влажном загрязненном белье, в почве, на продуктах. При кипячении или воздействии солнечного света и дезинфицирующих растворов они быстро погибают.

Источником заражения является больной или бактерионоситель, испражнения которого содержат дизентерийные

микробы. Они могут заражать пищевые продукты, воду, предметы ухода, руки. В организм здорового человека дизентерийные микробы заносятся через рот с загрязненной водой или пищей, к которой прикасались грязными руками, поэтому дизентерию часто называют «болезнью грязных рук».

Если больной или бактерионоситель нечистоплотен, возбудители дизентерии легко попадают с его грязных рук на продукты питания — хлеб, фрукты, молоко — и обычно там размножаются. Особенно благоприятная среда для них — молоко. В нем одна бактерия дизентерии в течение нескольких часов может дать потомство, исчисляющееся сотнями миллионов. А теперь представьте себе, что такое молоко пили многие. Незамедлительно возникает вспышка дизентерии.

После проникновения дизентерийных палочек в организм некоторая часть их гибнет во рту — на них губительно действует фермент лизоцим, содержащийся в слюне. Большое количество микробов погибает в желудке под действием соляной кислоты. Оставшиеся жизнеспособными проникают в кишечник, где начинают усиленно размножаться. Выделяющиеся при этом токсины (яды) способствуют повышению проницаемости стенок сосудов кишечника. Они как бы подготавливают слизистую оболочку толстой кишки к внедрению в нее и размножению там возбудителей дизентерии, преодолевших первые физиологические барьеры. Этот скрытый, или инкубационный, период, когда болезнь еще внешне не проявляется, продолжается от нескольких часов до 6—7 дней. Организм борется с микробами, и чем ниже его сопротивляемость, чем больше возбудителей дизентерии достигает кишечника, тем быстрее развивается заболевание.

Существует много видов возбудителей дизентерии, поэтому человек может заражаться дизентерией в течение жизни несколько раз.

Проявления дизентерии у детей весьма разнообразны. Не всегда можно сразу установить, что ребенок болен дизентерией. Типичное течение этого заболевания хорошо известно многим родителям. Оно начинается с повышения температуры, озноба, недомогания. Вслед за этим появляется рвота, а через несколько часов возникают схваткообразные боли в животе и частые болезненные позывы. Испражнения становятся жидкими, зловонными, со слизью, а затем и с примесью крови. Однако такое течение

наблюдается у детей старше 2 лет. У грудных детей дизентерия протекает стерто, нетипично: кровь в стуле отсутствует или содержится в таких малых количествах, что может быть незамеченной, позывов к дефекации может не быть вовсе, общее состояние и аппетит ухудшаются нерезко.

Заболевание начинается постепенно и вначале мало отличается от простой диспепсии. Однако в дальнейшем беспокойство ребенка усиливается, перед испражнением он плачет, краснеет, кряхтит; стул становится чаще, в нем появляются большое количество нередко зеленоватой слизи, прожилки крови; снижается аппетит. Ребенок начинает хуже прибавлять в массе или масса тела совсем не увеличивается.

У детей раннего возраста дизентерия может быть от самых легких до самых тяжелых, токсических форм. Длится она в течение одной — нескольких недель, а иногда нескольких месяцев. Чем раньше начато лечение, тем скорее наступает выздоровление.

Иногда дизентерия протекает тяжело с первых часов заболевания. Температура повышается до 39,5—40°С, ребенок становится очень вялым, не реагирует на окружающее, теряет сознание; возникают судорожные подергивания мышц лица и конечностей. Понос появляется сразу или через несколько часов от начала заболевания. Такое тяжелое течение болезни чаще наблюдается у детей в возрасте 2—4 лет.

В дизентерийное отделение одной из больниц Ленинграда поступила Оля М., 9 мес, очень бледная и истощенная. Температура была 37,5°С. Стул частый, с большим количеством слизи и прожилками крови. Заболела около 2 нед назад, вскоре после возвращения от бабушки из деревни. Мать заметила, что девочка стала хуже есть, плохо спать. Затем участился и стал жидким стул, оставаясь первое время желтым. Мать не обратила на это должного внимания. Когда же ребенок похудел и в стуле появилась зеленая слизь, а иногда была и примесь крови, мать, по совету соседки, стала кормить девочку рисовым отваром и лечила домашними средствами, считая, что это «простой» понос. Состояние девочки ухудшалось с каждым днем, она «таяла на глазах». Затем возникла рвота, повысилась температура. В больнице девочка получила необходимое лечение и уход, но состояние ее улучшалось медленно. В дизентерийном отделении она находилась около 2 мес, выписалась здоровой.

Так неправильно проводимое лечение домашними средствами послужило причиной того, что у ребенка дизентерия приняла затяжное течение.

У некоторых больных, несмотря на заражение и размножение дизентерийных палочек в кишечнике, болезнь не про-

является никакими клиническими симптомами. Такие люди считают себя здоровыми. Их называют бактерионосителями дизентерийных палочек. Бактерионосители также выделяют микробы с испражнениями, но непостоянно, и количество выделяемых ими микробов меньше. У большинства таких бактерионосителей имеется, хотя и вяло текущий, воспалительный процесс слизистой оболочки толстого кишечника. Они, несмотря на незначительные проявления болезни, нуждаются в лечении.

Это объясняется прежде всего тем, что скрытый очаг болезни всегда может перейти в явный и принять тяжелое течение. Далее, длительно существующий процесс приводит постепенно к нарушению обмена веществ, изменяет сопротивляемость организма в отношении всех других заболеваний. И, наконец, еще одно положение, которое также надо учитывать, состоит в том, что бактерионоситель является постоянным потенциальным источником заражения окружающих детей и взрослых: его обычно считают здоровым, он пользуется общей ванной, уборной, его белье не дезинфицируют и не стирают отдельно, он посещает детский сад, ясли, школу.

Поэтому бактерионосителей необходимо выявлять и как можно раньше. С этой целью при поступлении ребенка в детское учреждение или после длительного его отсутствия в группе делают лабораторный анализ кала с целью исключения у ребенка стертой малосимптомной формы дизентерии. Такое же лабораторное обследование проводят и среди всех окружающих заболевшего острой дизентерией—дома или в детском учреждении.

Особенно опасно, если бактерионосителями стали взрослые, работающие на пищевых предприятиях, в столовых, буфетах, детских учреждениях, поскольку они могут быть источниками массовых заболеваний кишечных инфекций. Пренебрежение правилами гигиены такими людьми—пользование туалетом без последующего мытья рук—может привести к возникновению массовых заболеваний дизентерией. Поэтому все работающие на пищевых объектах или ухаживающие за детьми и больными периодически проходят медицинский осмотр.

Наибольшую опасность представляют лица с острыми проявлениями болезни: новые заболевания дизентерией в окружении таких больных среди взрослых наблюдаются в 60 раз, а среди детей раннего возраста — в 75 раз чаще, чем в семьях бактерионосителей. Это указывает на важ-

ность борьбы с распространением болезни путем проведения ранней изоляции больных дизентерией в лечебное учреждение или создания им определенных условий дома.

Как осуществить изоляцию больного ребенка дома до прихода врача?

В первую очередь больного ребенка надо уложить в отдельную кровать, лучше — в отдельную комнату. На него надо надеть белье, которое в дальнейшем можно кипятить. Лица, ухаживающие за больным, входя к нему в комнату, должны надевать халат или специальное платье. Для больного надо выделить отдельную посуду, и он не должен пользоваться общим туалетом. Горшок или ведро для сбора мочи и испражнений больного надо накрывать крышкой. Все выделения больного, прежде чем их вылить в канализацию, надо обработать хлорной известью: сухая хлорная известь (порошок) добавляется из расчета 30—50 г на порцию испражнений. В общую канализацию обработанный таким образом кал можно вылить через 2 ч. Для туалета больного надо выделить специальный таз, который можно легко обрабатывать дезинфицирующими растворами и затем вымыть с мылом.

В комнате не должно быть мух — окна в летнее время надо закрыть сетками.

После каждого контакта с больным—будь то переодевание, кормление, смена постельного белья, уборка его комнаты — нужно сменить платье (или снять халат), оставить его у выхода из комнаты больного и вымыть руки теплой проточной водой с мылом. Особенно тщательно надо мыть руки перед приготовлением пищи остальным членам семьи.

Все личные вещи больного, постельное белье необходимо собирать в целлофановый мешок и затем стирать и кипятить в течение 40—45 мин отдельно от белья других членов семьи.

Не надо допускать к больному детей, особенно раннего возраста. Важно, чтобы игрушками заболевшего ребенка не играли другие дети. Для дезинфекции игрушек (резиновых, пластмассовых) их погружают на 3—3½ ч в 1% раствор хлорамина (или на 1 ч в 2% раствор). Влажную уборку комнаты лучше проводить, добавляя в воду для мытья пола такие дезинфицирующие вещества, как хлорамин, мыльно-содовый раствор и др.

Болеют дизентерией взрослые и дети. Однако чаще всего дизентерия бывает у детей в возрасте до 3 лет. Для того чтобы понять причину более частых заболеваний дизенте-

рией детей раннего возраста и более тяжелого течения у них этой болезни, рассмотрим *пути заражения дизентерией.* Основным источником заражения является больной дизентерией при непосредственном контакте с ним, а также бактериовыделитель дизентерийных палочек.

Детям свойственна привычка сосать пальцы и брать в рот различные предметы. Опасность заражения детей дизентерией через загрязненные руки возрастает в ползунковый период, когда они ходят еще неуверенно, часто падают, поэтому больше ползают по полу, а летом — по траве. Они сосут и облизывают любые предметы, которые встречаются им на пути. Заражение через загрязненные дизентерийными палочками предметы быта — основной путь инфицирования детей ясельного возраста.

Как ни странно, но в заболевании детей дизентерией нередко виноваты взрослые. Представим себе на миг летний день, детей, играющих в парке. Посмотрим на них со стороны и увидим, как тут же, на улице, одному из детей мама дает фрукты, другому — мороженое, третьему — булочку. Мороженое течет по пальцам, и ребенок облизывает их... А ведь только что эти дети возились в песке, строили крепости, играли с собаками, ползали по траве. Как же могут родители так рисковать их здоровьем? Видимо, не все еще знают об опасности, которая подстерегает детей, «поедающих» вместе с вкусной пищей грязь, яички глистов, различные микробы, среди которых могут быть и возбудители тяжелых кишечных инфекций.

Как можно уберечь детей этого возраста от заражения?

Входя домой, надо сменить обувь, а затем и одежду, вымыть руки. В квартире следует проводить влажную уборку. Для ребенка первого года жизни хорошо поставить манеж, где он может самостоятельно играть. Лучше покупать легко моющиеся игрушки.

Давно установлено, что дизентерийные палочки на поверхности предметов, в пыли могут сохранять жизнеспособность до 7—10 дней, а во влажной загрязненной почве — в течение нескольких недель. Эти микробы устойчивы к высушиванию и к воздействию высоких температур и холода.

В последние годы, помимо контактно-бытового, увеличивается значение пищевого пути заражения дизентерией. В процессе ее эволюции в результате сложных взаимодействий микробов с защитными факторами организма, воздействия антибактериальных препаратов дизентерийные

палочки стали менее «агрессивными» и менее «требовательными» к средам для своего размножения и более длительно сохраняются жизнеспособными в различных продуктах питания. В воде, на крупяных изделиях они сохраняются несколько дней, в молоке и молочных продуктах — несколько недель, при этом в молоке число микробов прогрессивно возрастает. Хорошо размножаются дизентерийные палочки в мясных бульонах и супах, винегретах, воде, загрязненной органическими веществами. На хлебе дизентерийные палочки не размножаются, но при попадании на его поверхность могут сохраняться жизнеспособными в течение нескольких дней. Опасность загрязнения хлеба особенно велика при неправильном его хранении: незавернутым в общей сумке с овощами, в плетеной сумке при переезде в транспорте, переполненном людьми. Для профилактики кишечных инфекций необходимо упаковывать хлеб и другие продукты в отдельные чисто вымытые целлофановые пакеты. Загрязнение продуктов может происходить грязными руками больных дизентерией работников торговой сети, предприятий общественного питания, детских учреждений, пищевых предприятий, а также рабочих по перевозке продуктов.

В целях предупреждения дизентерии должна вестись упорно и постоянно борьба с мухами. Мухи, садясь на различные отбросы, навозные кучи и человеческие испражнения, на своих лапках переносят микробов на довольно большие расстояния. Надо окна комнаты закрыть сеткой, на стены и к потолку подвесить липкую бумагу. Продукты питания следует хранить в пакетах, в банках с плотно закрывающимися крышками, все скоропортящиеся продукты — в холодильнике или в закрытых кастрюлях, погруженных в холодную воду. Подогревать перед едой надо только то количество пищи, которое будет съедено за данное кормление. Повторное подогревание и охлаждение пищи будут способствовать размножению попавшей в нее микробной флоры.

Опасны летом загрязненные сырые овощи, ягоды. Загрязнение их может произойти еще на грядке во время подкормки разведенным содержимым из выгребных ям или по пути от собирающих эти фрукты и овощи людей, больных и бактерионосителей. Особенно трудно удалить микробы с поверхности таких ягод, как клубника, земляника, малина. Вот почему мыть их надо в дуршлаге под струей проточной воды с последующим ополаскиванием кипяченой



водой. Овощи, ягоды и другие фрукты, выращиваемые на почве, могут быть инфицированы при поливе огородов зараженной водой или сточными водами.

Заражение чаще происходит через те пищевые продукты, которые не подвергаются термической обработке,— огурцы, салат, редис. Вспышки дизентерии чаще встречаются в теплое время года.

Витя К., 3 лет, заболел остро, началась рвота, а затем появились схваткообразные боли в животе и жидкий частый стул со слизью и скудными прожилками крови. Из опроса матери выяснено, что ребенок утром и вечером пил сырое молоко, которое было куплено у соседки. При лабораторном исследовании остатков молока обнаружены дизентерийные палочки. Такие же возбудители дизентерии были выделены от заболевшего ребенка соседки, продавшей молоко, которая оказалась бактерионосителем дизентерийных микробов.

Молоко — прекрасная среда для размножения дизентерийных палочек. Вот почему даже при незначительном его загрязнении уже через несколько часов в нем будут обитать миллионы микробов. Наиболее надежный способ обезвреживания молока — кипячение.

Заражение воды происходит при попадании в водоемы загрязненных талых и дождевых вод, спуска в открытый водоем неочищенных бытовых и сточных вод, при стирке инфицированного белья, купании, сбрасывании фекалий с суднов, в результате проникновения в колодцы и пруды с гру



товыми водами дизентерийных палочек из уборных или других мест скопления нечистот. Водопроводная вода также может загрязняться при авариях на головных сооружениях и в сети, при наличии подсосов поверхностной почвенной воды, при затекании поверхностной почвенной воды через смотровые колодцы и т. д. Вода в ведрах, бачках может загрязняться инфицированными руками через общую кружку, мухами.

Путь профилактики здесь предельно ясен — детям следует давать для питья только кипяченую воду. Особенно важно обеспечить себя и детей кипяченой питьевой водой при поездках за город в жаркое время года. Нельзя разрешать детям купаться в неизвестных водоемах, особенно если там имеются предостерегающие плакаты «Купание запрещено, вода загрязнена».

Как могут заразиться дизентерией дети первых месяцев жизни? Практика показывает, что более половины заболевших детей заражаются от матерей: у них выделяют из испражнений дизентерийные палочки такого же типа, как и от больных детей. Заражение ребенка от матери может наступить в том случае, если она тщательно не вымоет руки после пользования туалетом, а затем будет кормить грудью ребенка или приготовлять ему пищу, браться за соску, игрушки.

Пятимесячный ребенок заболел внезапно: появились температура, рвота и понос. В испражнениях было большое количество слизи, ребенок стал беспокойным, тужился. Диагноз дизентерии был подтвержден лабораторными исследованиями. Как же мог заразиться дизентерией такой маленький ребенок? Он вскармливался только грудью матери. При лабораторном обследовании всех членов семьи дизентерийные палочки были выделены у матери. При беседе с нею выяснилось, что 7—9 дней назад у нее в течение 2 дней «болел живот» и был понос (стул 2—3 раза в день). Не лечилась. Так «безобидный» понос, отмечаемый у матери, и несоблюдение ею правил личной гигиены привели к заражению дизентерией ее ребенка.

При кормлении коровьим молоком необходимо особо следить за чистотой при доении коровы. Нельзя допускать к доению лиц, страдающих поносами. Перед доением нужно тщательно вымыть руки, а также хорошо обработать вымя и соски коровы. Сдавать молоко надо в чистую посуду. Парное молоко является хорошей средой для микробов, поэтому выдоенное молоко надо сразу же охладить, а часть его, предназначенную для кормления ребенка, прокипятить, а уже затем остудить; сырое молоко ребенку давать нельзя.

При правильном и своевременном лечении в условиях больницы дизентерия в большинстве случаев заканчивается полным выздоровлением в течение 2—3 нед.

Заболевшего дизентерией ребенка оставлять дома нельзя, только в больнице он будет обеспечен необходимым лечением и уходом.

У многих детей медленно происходит нормализация деятельности желудочно-кишечного тракта, его секреторной и моторной активности. Поэтому детей, перенесших дизентерию, нельзя сразу переводить на общий режим, их помещают либо в специальные санаторные отделения, либо они наблюдаются еще в течение 2—4 нед дома, где им проводится общеукрепляющее и диетическое лечение.

Течение дизентерии особенно неблагоприятно у детей с острыми проявлениями рахита, нарушениями питания, глистными инвазиями и лямблиозом, находящихся до заболевания дизентерией на неправильном вскармливании, а также при присоединении новых острых вирусных заболеваний.

В подобных случаях дизентерия протекает тяжелее, часто дает осложнения и нередко принимает затяжное течение, что ведет к значительному истощению ребенка и мешает правильному его развитию.

Родителям надо знать о том, что выделение возбудителей дизентерии у большинства больных заканчивается через 4—5 нед, однако у некоторых детей оно может продол-

жаться в течение многих месяцев. Причем симптомы болезни могут проявляться периодически жалобами на боли в животе, тошноту, жидкий стул, отставанием в нарастании массы тела.

Принимая во внимание сказанное, становится ясным, что к переболевшему ребенку в течение нескольких недель после перенесенной дизентерии надо относиться как к возможному источнику новых заболеваний и проводить меры профилактики, как при заболевании острой формой дизентерии. Невыполнение этих условий может привести к заражению окружающих.

После перенесенной дизентерии надо строго соблюдать режим дня. Сон должен быть на 1—2 ч продолжительнее, чем обычно. Дошкольникам необходим дневной сон. Не рекомендуется вводить в этот период дополнительные нагрузки. Ребенок должен длительно находиться на свежем воздухе.

САЛЬМОНЕЛЛЕЗ

Наряду с дизентерией одно из ведущих мест в группе кишечных инфекций у детей занимает сальмонеллез. Вызывается это заболевание сальмонеллами. Эти микробы очень широко распространены в природе — сейчас уже выделено и описано более 1000 разновидностей сальмонелл. Они были впервые выделены от погибшего животного и описаны в 1885 г. английским микробиологом Сальмоном, откуда и произошло в дальнейшем их название. Бактерии рода сальмонелла представляют собой палочки с закругленными концами, изредка овальной формы, иногда бактерии образуют нити, подвижны, спор не образуют. Они хорошо сохраняются при высушивании: в комнатной пыли они жизнеспособны до 80 дней, на высохшем белье — 15—20 дней. Весьма высока устойчивость сальмонелл, находящихся в пищевых продуктах, особенно мясных.

Основным резервуаром сальмонелл, вызывающих заболевания и у человека, и у животных, являются все виды домашних и диких животных и птиц (куры, утки, гуси, индейки), яйца, рыбы и их икра. Различные типы сальмонелл обнаружены у собак, кошек, голубей.

Сальмонеллы выделяются из организма во внешнюю среду с испражнениями, мочой, слюной, молоком и с секретом из носа. Животные заражаются при тесном контакте (в хлеву, вагонах), через зараженные выделениями больных жи-

вотных (мышей, крыс) корм или воду в источниках. Особенно часто сальмонеллы содержатся в сточных водах боен, коровников и свинарников.

Очень подвержены заболеванию и часто являются носителями сальмонелл свиньи: от них выделено несколько десятков видов сальмонелл. Сальмонеллы могут быть обнаружены также у лошадей, коз и овец.

До недавнего времени считалось, что единственный путь заражения человека — пищевой, через продукты — мясо, рыбу, творог, пирожные, яйца, икру, колбасу и другую пищу, загрязненную этими микробами. Сальмонеллы хорошо размножаются в креме, бульонах, студне, мясных и молочных продуктах при комнатной температуре. Однако надо знать, что внешний вид продукта и вкусовые его качества остаются неизмененными. Заражение наступает у всех людей, употреблявших такие продукты. Поэтому вспышки этих заболеваний нередко носят массовый характер.

Загрязнение продуктов сальмонеллами может произойти в процессе неправильной обработки пищи. После того как мясо, птица или рыба сварились, они уже не содержат микробов. Однако если для приготовления фарша снова использовать разделочные доски (или мясорубку), применявшиеся для обработки сырого мяса, зараженного сальмонеллами, то в фарш снова могут попасть микробы. При хранении такого фарша в течение нескольких часов при комнатной температуре в нем размножаются сальмонеллы. В случае использования этого фарша для приготовления блинчиков, запеканок прогревание внутренних слоев может быть недостаточным для полного обезвреживания микробов, и в результате может возникнуть сальмонеллез.

В детскую инфекционную больницу поступили брат и сестра. Первой заболела Оля, 3 лет, а через 2 ч заболел и ее брат Коля, 7 лет. У них появились озноб, боли в животе, рвота. У младшего ребенка отмечались потеря сознания и судороги. В чем же причина их заболевания? Из опроса матери было выяснено, что накануне вечером часть мяса была пропущена через мясорубку сырым, а затем через ту же мясорубку было провернуто вареное мясо. Готовый фарш был оставлен на кухне на окне (не в холодильнике). Утром были сделаны блинчики с заранее приготовленным фаршем. Блинчики дети ели в 9 ч 30 мин, а с 18 до 20 ч у них развилось однотипное заболевание. Лабораторное исследование сырого мяса и остатков фарша показало наличие в нем сальмонелл. Такие же сальмонеллы были выделены из рвотных масс и испражнений заболевших детей.

Заражение пищевых продуктов может произойти от больных грызунов вследствие попадания их слюны и других

выделений на пищевые продукты (сахар, крупяные изделия, овощи и т. д.). Не зря одна из сальмонелл называется «мышиным тифом». В связи со сказанным становится понятным, что истребление грызунов должно быть одним из условий борьбы с распространением сальмонеллеза среди людей.

Заражение может наступить при употреблении сырого молока от больных коров или находящихся в негигиенических условиях. Необходимо тщательно обмывать вымя коровы и мыть руки перед дойкой, обрабатывать ведра мыльными растворами с последующим ополаскиванием их горячей водой, кипятить марлю (не менее 25 мин) для процеживания молока, собирать молоко в закрытую чистую посуду.

Молоко, приобретенное на рынке, не следует давать детям в сыром виде. Кипяченое молоко надо хранить в холодильнике в закрытой посуде. Перед кормлением согревают только порцию молока, которая будет дана ребенку на одно кормление.

Мухи могут переносить сальмонелл с мест, загрязненных выделениями больных животных, на пищевые продукты. Сальмонеллы достаточно устойчивы во внешней среде: в комнатной пыли, в выгребных ямах они сохраняются жизнеспособными до 2—3 мес, в сухом кале — до 4 лет. В воде, загрязненной фекалиями и другими органическими веществами, они могут даже размножаться. При варке инфицированного мяса в течение $2^1/_2$ ч сальмонеллы погибают только в небольших кусках (не более 200 г).

Определенную роль в распространении заболевания играет водный фактор (употребление сырой воды). Заражение через воду у детей может наступить и при купании. Загрязнение воды, особенно в закрытых источниках, может произойти от занесения туда выделений больного скота и от водоплавающих птиц.

Контактно-бытовой путь распространения сальмонеллезов наиболее часто отмечается у детей раннего возраста, особенно до года. Заражение может возникнуть при непосредственном контакте с больными животными или загрязненным продуктом. Микробы могут попасть в рот с плохо вымытой соски, игрушки.

Контактно-бытовой путь заражения в отличие от пищевого характеризуется возникновением не одномоментных заболеваний, а постепенным распространением инфекции в очаге.

Особую опасность для окружающих представляют бактерионосители сальмонелл. Эти люди считают себя здоровыми, у них не выявляется никаких признаков болезни даже при специальном обследовании, но они опасны для окружающих, если не соблюдают правил личной гигиены. Такие люди после пользования туалетом грязными руками обсеменяют микробами окружающие предметы, пищевые продукты.

Заболевания сальмонеллезом наиболее часто наблюдаются в теплое и особенно жаркое время года, что зависит от наличия благоприятных условий для размножения возбудителей в пищевых продуктах и большой распространенности этих болезней среди скота. Летом при выезде на дачу люди чаще изменяют привычный пищевой режим и нарушают гигиенические правила: для мытья рук и питья используют воду из случайных источников, продукты питания держат не в холодильнике, а на подоконнике и т. д.

Инкубационный период очень короткий: от 8 ч до 1—2 сут после приема загрязненной сальмонеллами пищи. В это время из кишечника всасываются продукты распада и жизнедеятельности этих микробов (токсины), микробы усиленно размножаются в кишечнике и у многих людей проникают в лимфатические железы и кровь. В этом случае они выделяются не только с испражнениями, но и с мочой. Возникает воспалительный процесс слизистой оболочки тонкого и толстого кишечника. Нарушается секреторная функция желудка и кишечника, изменяется деятельность печени и поджелудочной железы.

Болезнь проявляется в виде острого гастроэнтерита или гастроэнтероколита. Повышается температура до 38—39°С, возникают головная боль, тошнота, боли в животе, рвота, жидкий стул, нередко вздутие живота. У детей испражнения вначале обильные, пенистые, буро-зеленого цвета, иногда с примесью небольшого количества слизи, в отдельных случаях — крови.

Ниже приводим пример тяжелого течения сальмонеллезной инфекции.

Боря П., 8 мес, был доставлен в клинику с высокой температурой, без пульса, синюшный, с холодными конечностями, частым стулом и рвотой.

Родился доношенным, с рождения находился на искусственном вскармливании. Режим питания нередко нарушался. Ребенок часто болел, отставал в массе, имелись признаки рахита.

В один из июльских дней в семье были гости, и Борю за общим столом накормили колбасой. Через несколько часов у него повысилась тем-

пература до 38,8°С, появились рвота и понос. К врачу обратились через сутки, когда состояние ребенка значительно ухудшилось: участилась рвота, стул стал до 15 раз в сутки, со слизью, темно-зеленого цвета. В больнице был поставлен диагноз сальмонеллеза.

При бактериологическом обследовании испражнений этого ребенка были обнаружены сальмонеллы, которые вызвали заболевание. После проведенного лечения он был выписан из больницы через 3 нед.

У новорожденных сальмонеллезы приобретают характер токсико-септических состояний.

При соответствующих условиях сальмонеллезы могут сочетаться с дизентерией и другими инфекционными заболеваниями. Диагностика этих смешанных инфекций без лабораторных данных невозможна.

В профилактике сальмонеллезов основное значение имеют раннее выявление и изоляция больных, огромную роль играют санитарные мероприятия, проводимые ветеринарной службой и торговой сетью. Надежной мерой являются хорошая термическая обработка продуктов, соблюдение правил их хранения, выполнение правил личной гигиены.

ОСТРЫЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ВЫЗЫВАЕМЫЕ СТАФИЛОКОККОМ

Стафилококковую инфекцию называют чумой двадцатого века. От нее особенно тяжело страдают дети, причем нередко уже в период внутриутробного развития. В группу заболеваний желудочно-кишечного тракта, вызываемых стафилококками, включают энтероколиты и пищевые токсикоинфекции.

Это — вездесущий микроб. Он имеет шарообразную форму, устойчив к воздействию физических и химических факторов окружающей среды, хорошо переносит высушивание. По данным ученых, через 4—12 ч после рождения ребенка стафилококк становится одним из первых обитателей его кишечного тракта. Стафилококк среди различной бактериальной флоры обнаруживается в носоглотке с первых суток жизни новорожденного.

Стафилококк принадлежит к микробам, болезнетворность которых проявляется только в зависимости от состояния здоровья. Он чаще всего вызывает пиодермию, фурункулез, пневмонии, нагноение ран, может служить причиной сепсиса, пищевых токсикоинфекций.

Во многих продуктах — мясных и рыбных фаршах, студнях, бульоне, молочных продуктах, кремах, фруктовых соках, овощных винегретах — стафилококки хорошо размно-

жаются при комнатной температуре. Поэтому срок годности этих продуктов при хранении не в холодильнике ограничен часами и при употреблении надо всегда обращать внимание на дату их приготовления. Источником заражения стафилококками пищевых продуктов могут быть люди, страдающие гнойными заболеваниями кожи (панарициями), а также больные ангинами, пневмониями; инфекция передается капельным путем. При кашле, чиханье «агрессивные» микробы со слизистой оболочки носоглотки и рта могут попасть в пищу.

Пищевые токсикоинфекции возникают внезапно через несколько (2—5) часов после употребления в пищу зараженных продуктов. У ребенка появляются многократная рвота и боли в животе, понос. Стул при пищевой токсикоинфекции стафилококковой этиологии бывает жидкий, водянистый, с примесью слизи, иногда с прожилками крови в отдельных порциях испражнений, но не очень частый. Обычно на первый план выступают признаки гастрита при умеренно выраженных кишечных расстройствах. Обнаружение большого числа стафилококков в испражнениях, рвотных массах и остатках употребляемой пищи в значительной степени подтверждает происхождение заболевания.

Примером пищевой токсикоинфекции стафилококкового происхождения может служить следующее наблюдение.

Лена В., 6 лет, поступила в клинику в первый день болезни. Заболевание началось остро: через 4 ч после того как она съела котлеты, купленные накануне, появились тошнота, повторная рвота, боли в животе, жидкий стул. Госпитализирована в клинику в состоянии средней тяжести, бледная, вялая, температура 37,8°С. В посевах из кала у больной выделен в большом количестве устойчивый к антибиотикам, патогенный золотистый стафилококк.

Стафилококковые заболевания желудочно-кишечного тракта у детей раннего возраста могут быть первичными проявлениями этой инфекции, а также развившимися на фоне какого-нибудь другого стафилококкового заболевания (пневмония, отит, заболевание пупка) и нестафилококкового — такого, как коклюш, грипп, дизентерия и др.

Среди новорожденных детей, особенно недоношенных, а также детей раннего возраста, ослабленных, стафилококковая инфекция может передаваться контактным путем, а также от матери, страдающей маститом (воспаление молочной железы).

Частота и тяжесть стафилококковых заболеваний у новорожденных и детей раннего возраста объясняется несо-

вершенством анатомо-физиологического состояния кожи и слизистых оболочек как входных ворот для стафилококковой инфекции, а также пониженной сопротивляемостью детей раннего возраста к стафилококку.

Для постановки диагноза пищевой токсикоинфекции стафилококковой этиологии имеют значение одновременность заболевания нескольких лиц после употребления одной и той же пищи, острое начало болезни через несколько часов после приема пищи и превалирование явлений гастрита (болей в животе) по сравнению с умеренно выраженными кишечными расстройствами.

Довольно часто желудочно-кишечные заболевания, вызываемые стафилококком, у детей раннего возраста сопровождаются катаральными явлениями — гиперемией и разрыхленностью зева, слизистыми выделениями из носа, покашливанием и повышением температуры. Они возникают или одновременно с кишечными расстройствами, или спустя 3—10 дней. Катаральные явления при этом бывают выражены слабо (ребенок «сопит» носом, отмечается небольшое покашливание), но продолжаются они обычно длительное время. Из слизи зева, носа, из испражнений выделяют патогенный стафилококк.

КИШЕЧНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ВИРУСНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

В последние годы было открыто много новых вирусов, которые вызывают различные заболевания у людей и животных. Вирусы — это мельчайшие микроорганизмы, широко распространенные в природе. Они чрезвычайно малы — от 10 до 100 миллимикронов и видимы лишь в электронные микроскопы, дающие увеличение в десятки и сотни тысяч раз. Попадая в клетки организма, вирусы в них размножаются и живут.

Вирусами вызываются многие болезни — корь, грипп, ветряная оспа, эпидемический паротит и др. Теперь установлено, что некоторые из вирусов могут вызывать и понос. Такими вирусами оказались энтеровирусы и аденовирусы.

Энтеровирусы, или кишечные вирусы, называются так потому, что живут и размножаются в кишечнике человека. Аденовирусы были впервые выделены из аденоидов, удаленных при операции, почему и получили такое название. И те, и другие вирусы не сразу проникают в кишечник. Заражение ими происходит воздушно-капельным путем. При раз-

говоре, кашле, чиханье они вместе с капельками слюны выделяются из носоглотки больного и могут заразить здоровых детей. Первые 3—5 дней вирусы находятся на слизистой оболочке носоглотки, вызывая ее воспаление. При этом у заболевших появляются кашель, насморк, покраснение в горле. Затем с заглатываемой слизью вирусы попадают в кишечник. В кишечнике они могут жить длительное время — до 30—40 дней. Под влиянием этих вирусов, их токсинов слизистая оболочка кишечника воспаляется, пищеварение нарушается и появляется понос.

Болезнь начинается с повышения температуры до 37,6—38° С. Появляются насморк, сухое покашливание, покраснение в горле. При аденовирусной инфекции может присоединиться покраснение глаз с отеком век. Одновременно с этим или несколько позже—на 3—5-й день заболевания—начинается понос, который сопровождается ухудшением аппетита. Могут возникнуть нечастые рвоты, усилиться срыгивания, если они были у ребенка раньше. Стул обычно до 5—7 раз в сутки, жидкий, желтый. Примесь слизи в нем незначительная. Иногда слизь может быть окрашена в зеленый цвет. Продолжительность поноса различная — от нескольких дней до 1—2 нед.

Однако заболевание может начаться и сразу с поноса, а затем уже появляются насморк, кашель, покраснение глаз и горла. Так нередко протекают заболевания, вызванные энтеровирусами и аденовирусами у детей раннего возраста.

Петя $9^1/_2$ мес заболел 3 дня назад. Мальчик стал капризным, хуже ел. Температура повысилась до 37,6°С, начался понос. Стул участился до 6 раз, стал жидким, но оставался желтым, лишь в последних порциях было небольшое количество слизи. На следующий день появились сильный насморк, кашель, покраснение слизистой оболочки глаз. Веки слегка отекли. Температура оставалась повышенной, понос продолжался. Врачом поликлиники был поставлен диагноз аденовирусной диареи.

У взрослых эти инфекции протекают легко, а иногда бессимптомно. Поэтому взрослые должны знать и помнить, что даже при наличии небольшого насморка или недомогания они не должны общаться с маленькими детьми, так как могут стать для них источником довольно тяжелого заболевания.

У маленького ребенка, заразившегося от взрослых или старших детей, заболевание часто осложняется воспалением легких, среднего уха, почечных лоханок, почек. Поэтому надо оберегать маленьких детей от заражения вирусными

инфекциями. Одним из условий успешного лечения больных вирусными заболеваниями является своевременное обращение к врачу и выполнение всех его рекомендаций. Обязателен постельный режим в течение всего лихорадочного периода и 2—3 дней после его окончания. Диета должна быть полноценной, соответствующей возрасту больного, богатой витаминами. Кормить ребенка и проводить лечение необходимо строго по указанию врача.

Для борьбы с вирусной инфекцией проводят широкую аэрацию (проветривание помещения), влажную уборку с любым дезинфицирующим раствором.

БРЮШНОЙ ТИФ

Брюшным тифом болеют только люди. Название «тиф» в переводе с греческого означает «туман». По особенностям течения болезни, путям заражения, характеру поражения тонкого кишечника и других органов сходны с брюшным тифом паратифы А и В.

В нашей стране заболеваемость тифом и паратифами непрерывно снижается. Уже много лет не отмечается эпидемических вспышек брюшного тифа. Однако отдельные случаи заболевания на разных территориях СССР выявляются и в настоящее время.

Брюшной тиф может возникнуть у детей первых лет жизни и даже у новорожденных. Источники этих заболеваний — люди, больные или бактерионосители. Возбудители брюшного тифа и паратифов попадают в рот человека с грязных рук, с загрязненной водой и пищей. Пройдя через желудок, микробы проникают в тонкий кишечник и вызывают здесь воспалительный процесс с образованием множественных язв. Они могут быть глубокими, сопровождаться развитием кишечных кровотечений и даже привести к разрыву стенки кишки с возникновением воспаления брюшины. Микробы эти размножаются не только в кишечнике, но и проникают через его стенки в лимфатические железы, а затем — в кровь и разносятся по всем органам, вызывая их изменения. Размножающиеся микробы выделяются заболевшим человеком с первых дней заболевания и до его выздоровления, причем не только с испражнениями, но и с мочой.

Большая опасность заражения окружающих, тяжесть болезни служат показанием для обязательной госпитализации. Такие больные нуждаются в наблюдении врача.

Время между попаданием возбудителей брюшного тифа в организм ребенка и взрослого человека и появлением первых признаков заболевания колеблется от нескольких дней до 3 нед. Поэтому при выявлении больного тифом за всеми людьми, находящимися с ним в контакте (как взрослыми, так и детьми), устанавливают тщательное наблюдение в течение 3 нед. При появлении первых признаков болезни заболевшего изолируют в стационар.

Болезнь чаще начинается исподволь, редко — остро или внезапно. Температура в первые дни с большими колебаниями постепенно достигает высоких цифр и может держаться на уровне 39—41°С. Больной становится вялым, сонливым, жалуется на сильную головную боль, слабость, отсутствие аппетита, плохой сон. У большинства больных испражнения обильные, жидкие, напоминают по виду гороховый суп. Выздоровление наступает медленно—на 3—4-й неделе и позже.

В настоящее время отмечается и менее типичное течение брюшного тифа, особенно у детей. Поэтому каждого больного с высокой температурой, головной болью, расстройством функций кишечника необходимо изолировать от окружающих лиц, а предметы, находящиеся в его пользовании, дезинфицировать.

Одна из особенностей брюшного тифа и паратифов состоит в том, что микробы — возбудители этих заболеваний — даже после полного исчезновения всех проявлений болезни могут оставаться живыми и способными к размножению в организме человека. Наиболее частое место их сохранения — желчный пузырь и протоки печени, откуда они вместе с желчью постоянно поступают в кишечник, а затем с испражнениями — во внешнюю среду. Длительное носительство чаще наблюдается у лиц пожилого возраста.

Бактерионосители, как и сами больные брюшным тифом, при несоблюдении правил личной гигиены обсеменяют (заражают) окружающие предметы: посуду, дверные ручки туалетной и других комнат, постельное и носильное белье, предметы личного туалета и др. Особенно легко распространяют инфекцию дети раннего возраста, не пользующиеся туалетом. В пыли, в щелях пола, в затемненных местах брюшнотифозные палочки длительное время сохраняются жизнеспособными. Вот почему в период пребывания больного дома и после его помещения в больницу необходимо проводить тщательную дезинфекцию. При этом очень важно, чтобы все вещи, с которыми соприкасался больной, бы-

ли обработаны дезинфицирующими растворами либо подвергнуты длительному (не менее 30 мин с момента закипания) кипячению в мыльно-содовом растворе. Загрязненные выделениями больного (мочой, калом) предметы, не подвергшиеся обработке, могут быть источником заражения окружающих лиц.

Необходимо особо отметить, что наибольшую опасность для окружающих представляют бактерионосители брюшнотифозных палочек, проживающие в сельской и дачной местности. Несоблюдение ими правил гигиены может вызвать заражение молочных продуктов, овощей, фруктов.

Использование в качестве удобрения содержимого выгребных ям может привести к загрязнению овощей и ягод и рассеиванию инфекции на большой территории.

Так же, как и при других кишечных инфекциях, известен пищевой путь заражения брюшным тифом и паратифом, когда микробы, вызывающие эти заболевания, с грязных рук или загрязненных предметов попадают в пищу. Заражение пищи может наступить и при употреблении для мытья продуктов воды из загрязненного источника.

Учитывая то обстоятельство, что микробы, вызывающие заболевания тифом, гибнут почти моментально при кипячении, следует всегда проводить хорошую кулинарную обработку пищи — кипячение, поджаривание на сильном огне, запекание в духовке в течение 30 мин и более.

В целях профилактики возникновения вспышек брюшного тифа через пищевой путь заражения в нашей стране всех работающих на пищевых предприятиях, в больницах, санаториях, детских учреждениях и торговле обследуют на носительство брюшнотифозных палочек.

Переносчиками возбудителей брюшного тифа и паратифов из мест, загрязненных фекалиями больных, на пищевые продукты являются мухи. На лапках мух брюшнотифозные палочки могут сохраняться жизнеспособными до 2 сут, а в кишечнике мух до 7 сут. Вот почему в период выплода мух и увеличения их численности наблюдается некоторый подъем заболеваемости людей брюшным тифом.

Заражение может произойти и через воду, загрязненную сточными водами, а также при сбрасывании в водоемы канализационных сбросов. При купании невольно происходит заглатывание воды, вместе с которой в кишечник человека могут поступать различные микробы, в том числе и болезнетворные.

Большое значение в профилактике брюшного тифа и паратифов имеет вакцинация населения. Детей прививают начиная с 7-летнего возраста. В ответ на введение вакцины в организме вырабатывается невосприимчивость (иммунитет) к этим заболеваниям. Прививки проводятся работникам водопроводных и канализационных сооружений, прачечных, работникам пищевой промышленности и торговли. Заболевания тифом у привитых развиваются очень редко, а если и возникают, то протекают в легкой форме, продолжаются недолго и заканчиваются выздоровлением.

ГЛИСТНЫЕ БОЛЕЗНИ

Глистные болезни, или гельминтозы, — группа широко распространенных болезней, возбудителями которых являются паразитические черви — гельминты. В нашей стране выделено более 60 видов гельминтов, вызывающих заболевания человека. Из них 18—20 видов имеют наибольшее значение в связи с широким распространением.

Гельминты поражают не только человека, но и сельскохозяйственных животных, диких и промысловых зверей в природе, а также рыб и ракообразных, насекомых и многие растения. У человека и животных гельминты локализуются в пищеварительном тракте, в печени, легких, мозгу, глазах, в кровеносной системе, в коже и других органах и тканях.

Заражение человека гельминтозами в большинстве случаев происходит через овощи, зелень, ягоды и другие культуры, выращенные на загрязненной или удобренной фекалиями человека почве. Личинки гельминтов могут и активно проникать в организм человека через кожу и слизистую оболочку рта (кишечная устрица и др.).

Заболевание может возникнуть также при употреблении в пищу в сыром или недостаточно кулинарно обработанном виде мяса крупного рогатого скота, свиней, рыбы и икры, раков, зараженных личинками гельминтов. Существует еще так называемый контактный путь заражения гельминтозами — непосредственно от больного (заболевание, вызываемое острицами).

При гельминтозах у детей развивается нарушение функции желудочно-кишечного тракта, отмечаются повышенная возбудимость, плаксивость, нарушение сна. Аппетит снижается, нередко отмечаются усиленное слюноотделение, приступообразные боли в животе, периодически появляющиеся

разжижение и учащение стула. У таких детей все кишечные инфекционные заболевания протекают значительно тяжелее и длительнее. Поэтому надо своевременно изгонять глистов.

Отсутствие у больных гельминтозами четко выраженных, присущих каждому гельминтозу клинических проявлений затрудняет их диагностику. Точный диагноз возможен лишь после лабораторных исследований.

Основные принципы борьбы с гельминтозами и их профилактика в нашей стране строго научно обоснованы. Систематические и последовательные оздоровительные мероприятия проводятся с соблюдением требований, сформулированных акад. К. И. Скрябиным. Отличительная черта их — плановость и комплексность проведения, согласованность с общими мероприятиями народнохозяйственного плана. Акад. К. И. Скрябин положил в основу борьбы с гельминтозами два основных мероприятия: дегельминтизацию — сочетание лечения больного с обязательным обезвреживанием отошедших гельминтов, их фрагментов, яиц, личинок и девастацию — радикальное истребление гельминта как вида.

Наибольшее распространение у детей имеют следующие глисты: аскариды, острицы, власоглав.

Аскарида — круглый червь длиной 25—40 см. Паразитирует в тонких кишках. Самка откладывает в сутки до 200 000 яиц.

Заражение детей происходит главным образом летом и осенью, но возможно и весной, когда начинаются игры детей во дворах, садах, на земле, в песке. Ребенок заражается аскаридами в результате проглатывания их яиц.

При аскаридозе дети становятся раздражительными, быстро утомляются, плохо спят. Аппетит ухудшается, ребенок жалуется на тошноту, чаще по утрам, бывают рвота, боли в животе, слюнотечение. Часто появляется понос, особенно при тяжелой форме заболевания.

Острица — это круглый червь белого цвета. Длина самца 2—5 мм, самки — 9—12 мм.

Паразитируют острицы в тонких и толстых кишках человека, закрепляясь на слизистой оболочке. Часть их выводится наружу с испражнениями. Самка откладывает яйца вокруг заднего прохода, на промежности, вызывая зуд. Выползая наружу в ночное время, острицы нарушают сон ребенка, который просыпается, плачет, жалуется на зуд.

Иногда наблюдаются диспепсические расстройства, снижение аппетита, массы тела, жидкий стул с примесью слизи.

Дети сами себя заражают повторно: при расчесывании зудящих мест яйца прилипают к пальцам, попадают под ногти, с загрязненных рук — на пищевые продукты или прямо в рот.

Чтобы не произошло самозаражения острицами, надо укладывать ребенка спать в трусиках. Это предохранит от расчесов, загрязнения пальцев рук, белья. Ежедневно утром и вечером следует обмывать промежность водой с мылом и менять трусы. Постельное белье рекомендуется проглаживать горячим утюгом каждые 2—3 дня.

Власоглав — паразит, который обитает главным образом в слепой кишке. Его длина от 3 до 5—6 см. Передняя часть его тела вытянута в виде волоска. Питается власоглав кровью.

Заражение происходит при попадании зрелых яиц паразита в рот с пищей. Из яйца развивается личинка, а затем взрослая особь. Власоглав внедряется передним концом тела в толщу слизистой оболочки, задний конец его выходит свободно в просвет кишечника.

При заражении рефлекторно нарушается двигательная деятельность желудка, двенадцатиперстной кишки и желчевыводящих путей, а также уменьшается секреция пищеварительных соков. При скоплении в кишечнике большого количества паразитов у детей наблюдаются понижение аппетита, тошнота, могут быть понос или запор, боли в животе. Ребенок становится раздражительным, жалуется на головную боль, головокружения.

Для предупреждения заражения яйцами глистов необходимо охранять внешнюю среду — почву, воду и прочее — от загрязнения испражнениями. Уборные надо содержать в чистоте. Как взрослые, так и дети должны соблюдать личную гигиену. Особенно важно следить за чистотой рук. Дети любят возиться с землей, в песке. Чем хуже проводится наблюдение за ними, чистотой их рук, тем чаще происходит заражение аскаридами и острицами. Поэтому исключительное внимание следует обращать на то, чтобы дети не грызли ногти, не ковыряли пальцами в носу, в зубах. Перед употреблением хорошо мойте ягоды, фрукты и овощи проточной водой, а затем кипяченой.

Переносчиками яиц глистов могут быть кошки и собаки, поэтому их нужно тоже содержать в чистоте.

При обнаружении в испражнениях яиц глистов лечение ребенка проводят под наблюдением поликлиники на дому.

ПРОФИЛАКТИКА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ

Любое заболевание легче предупредить, чем лечить. Как уберечь детей от желудочно-кишечных заболеваний? Этот вопрос должен интересовать родителей, которые заботятся о том, чтобы вырастить здорового ребенка.

Прежде всего необходимо правильное вскармливание ребенка на первом году жизни. Важным является не только количество и качество пищи, но и число ее приемов. Дети, находящиеся на неправильном или искусственном вскармливании, значительно чаще и тяжелее болеют всеми желудочно-кишечными заболеваниями, чем дети, вскармливаемые женским молоком. Если правильно приготавливать молочные смеси дома или получать их из молочной кухни и кормить ребенка по предписанию врача, возможность возникновения заболевания уменьшается.

Кроме того, огромное значение имеет своевременное лечение у детей раннего возраста рахита, экссудативного диатеза и анемии. У детей более старшего возраста неблагоприятное влияние на течение болезни оказывают глистные инвазии. Закаливание ребенка, частое проветривание помещений, длительное пребывание на свежем воздухе способствуют повышению защитных сил детского организма.

Важно предохранять ребенка от заражения микробами. Несмотря на то что возбудителей кишечных инфекций много, путь заражения ими один: ребенок заражается только через рот в том случае, если вода, пища или просто предметы были загрязнены микробами — возбудителями этих заболеваний. При всех кишечных инфекциях микробы, вызывающие заболевания, выделяются из организма больного или бактерионосителя с калом и, реже, с мочой. С раннего возраста необходимо прививать ребенку гигиенические навыки: следить за чистотой ногтей, приучать мыть руки перед едой и после пользования туалетом, отучать от вредной привычки сосать пальцы или кусать ногти.

Чтобы уберечь ребенка от заражения микробами, необходимо также соблюдать строгую чистоту всего того, что его окружает, особенно игрушек и всех вещей, которые он берет в руки.

Очень важно хранить продукты питания в закрытом шкафу или холодильнике. При этом сырые и вареные продукты не должны соприкасаться. Сырое мясо, рыбу, овощи надо изолировать (в целлофановых пакетах, закрытых



кастрюлях) от остальных продуктов. Следует помнить, что и в холодильнике многие микробы сохраняют жизнеспособность. Все фрукты и овощи перед употреблением необходимо тщательно мыть в проточной воде и обдавать кипятком. На сырых овощах и фруктах могут оказаться дизентерийные палочки и другие микробы, а также яйца глистов.

Всю пищу для ребенка приготовляют на чистом столе тщательно вымытыми руками. Детскую посуду и бутылочки моют после употребления горячей водой с мылом и обдают кипятком. Пищу и посуду нужно оберегать от попадания пыли и мух. Ребенок должен получать только свежеприготовленную пищу. Нельзя оставлять блюда от одного кормления до другого, так как за это время на них легко размножаются микробы, вызывающие у ребенка желудочно-кишечные заболевания. Молоко и воду следует кипятить.

Предупреждение кишечных инфекций достигается в первую очередь хорошими санитарно-бытовыми условиями, в которых живет ребенок: содержащиеся в чистоте кухня, туалет, квартира, двор.

Для борьбы с мухами — переносчиками возбудителей кишечных инфекций — необходимы совместные усилия населения, медицинской и коммунальной служб города. *Очень важно не допускать выплода мух. Для этого надо своевре-*

менно засыпать мусорные ямы и уборные в сельских и дачных местностях сухой хлорной известью, удалять отбросы и нечистоты. Для уничтожения мух можно использовать механические (решетки на окнах, мухоловки, липкая бумага) и химические (гексахлоран и др.) средства. Для предотвращения отравления людей при использовании химических средств надо следить, чтобы они не попали на обеденный стол, продукты питания, детские игрушки.

Одним из частых источников кишечных инфекций является загрязненная вода в колодцах, реках. Необходимо строго охранять водоемы от загрязнения. Питьевые колодцы должны быть хорошо закрыты, расположены далеко от скотного двора, выгребных ям. Бедро для воды должно быть прикреплено к колодцу таким образом, чтобы его нельзя было ставить на землю. Недопустимо пользование индивидуальными ведрами.

Нередко заболевание детей возникает во время длительных переездов по железным дорогам и в автомобиле. Это связано с тем, что пища, взятая в дорогу, легко загрязняется и портится. В жаркое время года ребенка надо поить кипяченой водой или водой с клюквенным или лимонным соком (в зависимости от возраста и температуры воздуха от 100—200 мл до 1 л жидкости в сутки).

В борьбе с кишечными инфекциями огромное значение имеют культурно-гигиенические навыки: частое мытье рук, особенно перед едой и после посещения туалета, регулярное купание, своевременная смена белья, уход за одеждой, обувью. К соблюдению личной гигиены важно приучать детей с самого раннего возраста.

Поскольку перегревание способствует появлению поноса у маленьких детей, очень важно оберегать ребенка от перегревания. Нельзя длительно держать детей на солнце — более полезно для них пребывание в лесу, в тени деревьев и кустов, под тентом. Желательно летом проводить обливания прохладной водой. Надо следить, чтобы дети при купании не заглатывали воду, купались только в отведенных для этого местах.

Для профилактики желудочно-кишечных заболеваний важно следить за чистотой жилища. Влажная уборка помещения с добавлением дезинфицирующих растворов (раствор хлорамина), хорошее проветривание предупреждают скопление пыли, а значит, и микробов. Поэтому следует ежедневно протирать пол влажной тряпкой и несколько раз в день проветривать помещение.

Нужно также следить за чистотой игрушек ребенка. Никогда не следует давать ребенку игрушку, которая валялась на полу, не вымыв ее. Все игрушки, которыми ребенок пользуется, надо ежедневно мыть.

Если у ребенка появился понос или началась рвота, нужно сразу вызвать врача. Чтобы избежать распространения кишечных инфекций, очень важно как можно раньше изолировать заболевшего поносом, выделить отдельную посуду для еды и питья, таз для умывания, отдельный горшок.

Учитывая, что испражнения больного содержат микробы и могут явиться источником заражения окружающих, как детей, так и взрослых, испражнения больного необходимо обезвреживать. Их заливают осветленным раствором хлорной извести или хлорамином и лишь через 2 ч выливают в унитаз. Такой срок необходим для уничтожения микробов. Пеленки, белье больного замачивают на 2—3 ч в 1% растворе хлорамина (отпускается по рецепту в аптеке), затем в течение 20 мин их кипятят и лишь после этого стирают, как обычно.

Вещи из комнаты, в которой находился больной, нельзя выносить до проведения дезинфекции.

Если ребенок остается дома, за ним наблюдают врач и медицинская сестра. Родители должны тщательно и аккуратно выполнять назначения врача по кормлению и уходу, точно в указанные часы давать прописанное лекарство.

Давно замечено, что не все дети одинаково восприимчивы к желудочно-кишечным заболеваниям. Дети, ослабленные, пониженного питания, часто болеющие, страдающие рахитом, легче заболевают диспепсией. Поэтому, чтобы уберечь ребенка от острого расстройства пищеварения, необходимо повысить сопротивляемость его организма болезнетворным микробам. Прежде всего надо организовать хороший уход за ребенком, заботиться о систематическом закаливании детей и правильном вскармливании.

С первых дней жизни ребенок должен питаться по четкому режиму. Кормить детей следует через строго определенные промежутки времени. За это время желудок ребенка освобождается от принятой пищи и готов для принятия новой порции. Режим кормления устанавливает врач в зависимости от возраста ребенка.

О ЗАКАЛИВАНИИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Огромное значение для предупреждения всех болезней, в том числе и желудочно-кишечных, имеет укрепление организма ребенка, например закаливанием.

Закаливание — это воздействие различной температуры воздуха и воды на сосуды и нервы кожи. Если эти раздражающие моменты будут систематическими, то со стороны сосудов и нервов кожи выработается хорошая реакция на такое раздражение. При постоянном проведении закаливающих процедур дети значительно реже страдают простудными заболеваниями.

Закаливание детей раннего возраста следует проводить под контролем врача, который учитывает возраст, физическое развитие, состояние здоровья ребенка и перенесенные ранее заболевания. Для закаливания используют природные факторы: воздух, воду и солнечные лучи. Способствуют закаливанию прогулки и сон на свежем воздухе.

Систематическое и комплексное применение закаливающих мероприятий, рациональное питание, соблюдение режима дня являются мощными средствами, оздоровляющими детский организм и способствующими профилактике заболеваний.

Необходимо помнить, что предупредить болезнь легче, чем её лечить. Поэтому следует принять меры, чтобы ребенок не заболел. При возникновении у ребенка любого кишечного заболевания нужно немедленно обратиться к врачу и получить у него советы по уходу и лечению.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ЗАБОЛЕВШЕМУ ПОНОСОМ РЕБЕНКУ

До помещения заболевшего в стационар его следует изолировать от окружающих в отдельную комнату или отгородить ширмой. После каждого общения с больным или контакта с вещами, которыми он пользовался, следует тщательно мыть руки теплой водой с мылом. Посуду и игрушки больного ребенка после пользования ими надо систематически кипятить в течение 20 мин или замачивать на 1—2 ч в 1% растворе хлорамина. Все выделения больного (рвотные массы, испражнения, моча) надо засыпать сухой хлорной известью или заливать 10% раствором хлорной извести и только через 1—2 ч выливать в унитаз.

Если ребенок будет госпитализирован, то специальный сотрудник санитарно-эпидемиологической станции (СЭС) проведет дезинфекцию помещения, где находился больной.

От чего бы ни возникло заболевание, — от перекорма или от попадания микробов, — первая помощь заключается в обеспечении покоя желудку и кишечнику. Для этого пропускают одно или два кормления. В течение этого времени ребенку нельзя давать не только коровьего, но даже женского молока. Нужно чаще и понемногу поить его кипяченой водой или чаем, так чтобы ребенок получил не менее двух стаканов жидкости. Назначение водно-чайной паузы способствует восстановлению потерянной организмом жидкости, усиливает деятельность почек и тем самым ускоряет выведение из организма ядовитых веществ. Одновременно кишечник очищается от пищи, в нем прекращаются процессы гниения и брожения.

После проведения водно-чайной паузы начинают понемногу кормить ребенка. Лучшая пища при таком заболевании — женское молоко или кефир с добавлением рисового или гречневого отвара.

После водно-чайной паузы лучше не прикладывать ребенка к груди, а кормить его сцеженным молоком. Детям старше года можно давать цельный кефир по 50—100 мл каждые $2^1/_2$—3 ч. Дети старшего возраста получают кефир, манную кашу, протертое пюре и кисель по 250—300 мл на прием через $3^1/_2$—4 ч. Ночью делают перерыв в кормлении.

Следует еще раз напомнить, что до прихода врача необходимо оставить пеленку с испражнениями.

За ребенком надо организовать хороший уход. Его следует уложить в чистую отдельную кровать. В комнате должен быть свежий воздух. Если у ребенка холодные ноги, их нужно согреть грелкой или наполненной теплой водой бутылкой. Чтобы не вызвать ожогов кожи, грелку или бутылку нужно обернуть полотенцем или чистой пеленкой. Грязные пеленки нельзя разбрасывать по полу. Их нужно сложить и хранить в закрытом ведре или баке до прихода врача или фельдшера, чтобы они могли их просмотреть и определить характер поноса. По характеру стула нередко решается вопрос, какое заболевание у ребенка — диспепсия или дизентерия. От правильного решения этого вопроса зависит дальнейшее лечение ребенка.

Лечение токсической диспепсии или дизентерии в домашних условиях представляет большие трудности, *поэтому* ребенка помещают в больницу.

В настоящее время советская медицина располагает надежными лекарственными средствами для лечения желудочно-кишечных заболеваний, в том числе и дизентерии. Однако успех лечения прежде всего зависит от того, когда оно начато: чем раньше начато лечение, тем скорее наступит выздоровление и тем меньше опасности для ребенка, что болезнь примет затяжное или хроническое течение.

В совместных усилиях населения и медицинских работников — залог дальнейших успехов в борьбе с острыми желудочно-кишечными заболеваниями у детей.

СОДЕРЖАНИЕ

ИБ № 1459

Василий Николаевич Бондарев

Профилактика желудочно-кишечных заболеваний у детей

Редактор *Э. П. Родионова*
Художественный редактор *Л. Д. Виноградова*
Корректор *Н. М. Рутман*
Техн. редактор *Н. И. Людковская*
Оформление художника *В. С. Каричкина.*

Сдано в набор 10.01.78. Подписано к печати 10.05.78. Т-08629. Формат бумаги 84×108$^{1}/_{32}$. Бум. офсетн. Гарн. литерат. Печать офсет. 2,94 усл.-печ. л. 2,91 уч.-изд. л. Тираж 200 000 экз. Заказ № 5710. Цена 15 коп.

Издательство «Медицина», Москва, 101838, Петроверигский пер., 6/8.
Типография издательства «Горьковская правда», г. Горький, ул. Фигнер, 32.

К сведению читателей!

В 1978 г. выйдут в свет следующие научно-популярные брошюры:

ЗЕЙТЦ Р. И., ЗЕФИРОВ Ю. Н. **Уход за больным ребенком.** 4 л., ил., 300 000 экз.

В брошюре рассказывается об особенностях ухода за больным ребенком, о выполнении простейших процедур, назначенных врачом, о необходимости создания для больного ребенка гигиенической обстановки.

Издание рассчитано на родителей.

ФАЙНБЕРГ С. Г. **Предупреждение неврозов у детей.** 4 л., ил., 200 000 экз.

В брошюре рассказано о причинах, способствующих возникновению нервных заболеваний. Основное внимание уделено вопросам взаимоотношений родителей и детей. Автор на наглядных примерах показывает, как незначительные ошибки родителей в воспитании детей приводят к серьезным последствиям, вызывая тяжелое расстройство нервной системы ребенка.

Брошюра рассчитана на родителей.

15 коп.

«Медицина». 1978





PHOTOS BY ANDREY G AKA DONUT190